

การศึกษาประสบการณ์การมีอาหารและกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย  
ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง



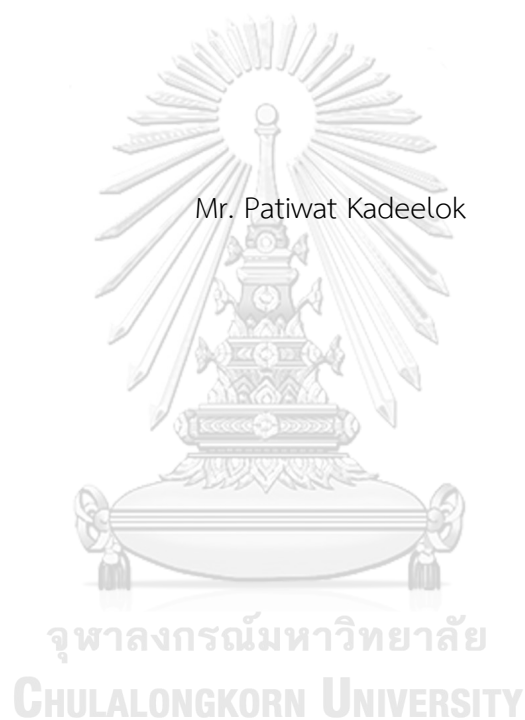
บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2560  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A STUDY OF SYMPTOM EXPERIENCES, AND SYMPTOM MANAGEMENT STRATEGIES  
AMONG END STAGE RENAL DISEASE PATIENTS RECEIVING  
CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS

Mr. Patiwat Kadeelok



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การศึกษาประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีจัดการ อาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้าง ไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
โดย	นายปฏิวัติ คดีโลก
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

ปฏิวัด คดีโลก : การศึกษาประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (A STUDY OF SYMPTOM EXPERIENCES, AND SYMPTOM MANAGEMENT STRATEGIES AMONG END STAGE RENAL DISEASE PATIENTS RECEIVING CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 248 หน้า.

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ประสบการณ์การมีอาการใน 4 มิติ (มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน) 2) กลวิธีการจัดการอาการ และ 3) เปรียบเทียบประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติ (ภาวะอาการ) จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ โรคร่วม ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง ระดับของฮีโมโกลบิน ปิยู เอ็น ครีเอตินิน อัลบูมิน แคลเซียม ฟอสเฟต และความพอเพียงของการล้างไต กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มารับบริการ ณ หน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง จำนวน 178 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และแบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการ ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและแบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการ เท่ากับ 0.97 และ 0.94 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้ง 4 มิติ เท่ากับ 0.77, 0.83, 0.84, และ 0.86 ตามลำดับ ส่วนของแบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการทั้ง 2 มิติ คือ การเลือกปฏิบัติกลวิธีการจัดการอาการและประสิทธิผลของกลวิธีการจัดการอาการ เท่ากับ 0.73 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที่ สถิติทดสอบแมน-วิทนีย์ และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ผลการวิจัย พบว่า

1. อาการที่ผู้ป่วยรายงานมิติการเกิดอาการและมิติความถี่มากที่สุด คือ อาการผิวแห้ง (ร้อยละ 78.1) (mean  $\pm$  SD = 7.65  $\pm$  2.83) ส่วนอาการที่ผู้ป่วยรายงานมิติความรุนแรงและมิติความทุกข์ทรมานมากที่สุด คือ อาการคัน (mean  $\pm$  SD = 5.04  $\pm$  2.76, 4.75  $\pm$  2.60 ตามลำดับ)

2. กลวิธีการจัดการอาการที่ผู้ป่วยเลือกใช้มากที่สุดและมีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากขึ้นไป 5 อันดับแรกคือ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวกหมักดอง นึ่งหรืออบนึ่งผักผอน รับประทานอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ใช้จ่ายตามแพทย์สั่ง และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม (ร้อยละ 91.0, 89.3, 87.6, 87.6, 87.6 และ 85.4 ตามลำดับ) (mean  $\pm$  SD = 3.70  $\pm$  0.82, 3.85  $\pm$  0.77, 3.71  $\pm$  0.69, 3.74  $\pm$  0.77, 4.03  $\pm$  0.82 และ 3.74  $\pm$  0.81 ตามลำดับ)

3. การรับรู้ภาวะอาการแตกต่างกันตามเพศ อายุ และระดับอัลบูมินที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยเพศหญิงรับรู้ภาวะอาการมากกว่าเพศชาย อายุ 20-24 ปี รับรู้ภาวะอาการมากกว่า อายุ 35-59 ปี และ 25-34 ปี ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำรับรู้ภาวะอาการมากกว่าระดับอัลบูมินในเลือดปกติ ส่วนโรคร่วม ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง ระดับฮีโมโกลบิน ปิยู เอ็น ครีเอตินิน แคลเซียม ฟอสเฟต และความพอเพียงของการล้างไตที่แตกต่างกันรับรู้ภาวะอาการไม่แตกต่างกัน

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....



# # 5877178036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SYMPTOM EXPERIENCES / END STAGE RENAL DISEASE / CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS

PATIWAT KADEELOK: A STUDY OF SYMPTOM EXPERIENCES, AND SYMPTOM MANAGEMENT STRATEGIES AMONG END STAGE RENAL DISEASE PATIENTS RECEIVING CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS. ADVISOR: ASST. PROF.CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., CO-ADVISOR: ASST. PROF.AREEWAN OUMTANEE, Ph.D., 248 pp.

This survey research aimed to 1) study symptom experiences in 4 dimensions (presence, frequency, severity, distress) 2) study symptom management strategies and 3) compare symptom experiences in all 4 dimensions (symptom burden) across gender, age, comorbidity, duration of CAPD, and levels of hemoglobin, BUN, creatinine, albumin, calcium, phosphate, and adequacy of CAPD. 178 patients with ESRD receiving CAPD was recruited from two peritoneal dialysis service centers at National Health Security Office in Bangkok. The instruments were the demographic data questionnaire, the CKD-SB (CVI = 0.97), and the symptom management strategies questionnaire (CVI = 0.94). The Cronbach's alpha coefficients of the CKD-SBI in 4 dimensions were 0.77, 0.83, 0.84, and 0.86, respectively, and the symptom management strategies questionnaire in using and effective dimension were 0.73 and 0.80, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, independent t-test, Mann-Whitney U test, and one way ANOVA. The findings were as follows:

1. Patients with ESRD receiving CAPD reported "dry skin" as the most symptom presence and symptom frequency (78.1%) (mean  $\pm$  SD = 7.65 $\pm$ 2.83). They also reported "itching" as the most symptom severity and symptom distress (mean  $\pm$  SD = 5.04 $\pm$ 2.76 and 4.75 $\pm$ 2.60, respectively).

2. The top 5 strategies patients used to manage symptoms effectively were avoiding pickled foods of 91%, having a rest by sitting or lying down of 89.3%, consuming high quality proteins foods of 87.6%, avoiding alcohols of 87.6%, taking prescribed medicine of 87.6%, and avoiding salty foods of 85.4% (mean  $\pm$  SD = 3.70 $\pm$ 0.82, 3.85 $\pm$ 0.77, 3.71 $\pm$ 0.69, 3.74 $\pm$ 0.77, 4.03 $\pm$ 0.82 and 3.74 $\pm$ 0.81, respectively)

3. Symptom burden perception among these patients was significantly different by gender, age, and albumin level at the level of 0.05. Females perceived more symptom burden than males. Patients with 20-24 yrs. perceived more symptom burden than those with 35-59 yrs. and 25-34 yrs. Patients with low albumin levels perceived more symptom burden than those with normal albumin level. No significant differences in symptom burden perception were found in patients with differences across comorbidity, duration of CAPD, and levels of hemoglobin, BUN, creatinine, calcium, phosphate, and adequacy of CAPD.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2017

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Co-Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีและผลการสอบอยู่ในระดับดีมาก ผู้วิจัยรู้สึกขอบคุณและทราบซึ่งในความกรุณาของท่านทั้งหลาย ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญต่อความสำเร็จในครั้งนี้

กราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมธานี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดีเสมอมา และรองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธิระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ในความกรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ ดร. ทองทิพย์ พูนลาภ อาจารย์ประจำศูนย์การแปลและการล่ามเฉลิมพระเกียรติ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการแปลแบบสอบถาม The CKD-SBI ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัตนา จารุวรรณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาภรณ์ ดั่งแพง รองศาสตราจารย์ ดร. อรวมน ศรียุกต์ ศุทธ นางสาวจุฑามาศ เทียนสอาด และนางสาวนันทา มหัทธนนท์ ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

กราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ฝึกให้ผู้วิจัยเกิดกระบวนการเรียนรู้ รู้จักคิดวิเคราะห์ จนสามารถเลือกสิ่งที่มีประโยชน์และมีความน่าเชื่อถือมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รวมทั้งกัลยาณมิตรและเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้ความช่วยเหลือและกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) และโรงพยาบาลตำรวจที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี และกราบขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ผู้ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าเพื่อให้ข้อมูลที่มีประโยชน์ทำให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์

กราบขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชที่สนับสนุนทุนการศึกษาครั้งนี้ และบิดามารดาน้องชายที่สนับสนุนและเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยมีความมานะมุ่งมั่นในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จได้ด้วยดี

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก "ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต" บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ "ทุนสนับสนุนการวิจัย" จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ .....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย .....	10
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	14
1. โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย .....	15
2. แบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001).....	26
3. ประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง แบบต่อเนื่อง.....	29
4. กลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง แบบต่อเนื่อง.....	45

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับ การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง .....	53
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	57
7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	73
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	74
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	74
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....	77
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	84
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	85
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	86
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	89
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ .....	116
สรุปผลการวิจัย.....	118
อภิปรายผลการวิจัย .....	121
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	138
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	139
รายการอ้างอิง .....	140
ภาคผนวก.....	157
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	158
ภาคผนวก ข เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย .....	165
ภาคผนวก ค เอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัย เอกสารคำชี้แจงและใบยินยอมเข้าร่วมการ วิจัยสำหรับกลุ่มตัวอย่าง และเอกสารอนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บ รวบรวมข้อมูลการวิจัย.....	167
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	176

ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	184
ภาคผนวก ฉ ตารางสรุปการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง .....	236
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	248



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 สรุปอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง .....	39
ตารางที่ 2 สรุปกลวิธีการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง .....	49
ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม .....	83
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสิทธิการรักษา (n = 178) .....	90
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม ข้อมูลเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง (n = 178) .....	92
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม ข้อมูลเกี่ยวกับโรคร่วม (n = 178) .....	93
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (n = 178) .....	95
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม ประเภทของยาที่ใช้ในปัจจุบัน (n = 178) .....	98
ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม ประเภทของยาที่ใช้ในการรักษาตามอาการ (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด) .....	102
ตารางที่ 10 ประสิทธิภาพการมีอาการในมิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมีทัศนคติความทุกข์ทรมานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ) (n = 178 คน) .....	103

ตารางที่ 11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม กลวิธีการจัดการอาหาร 13 วิธีหลัก (ตอบได้มากกว่า 1 วิธี) (n = 178 คน).....	106
ตารางที่ 12	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประสิทธิผลของกลวิธีการจัดการอาหารของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (ตอบได้มากกว่า 1 วิธี) .....	109
ตารางที่ 13	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การเลือกแหล่งข้อมูล ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประสิทธิผลของแหล่งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (ตอบได้มากกว่า 1 แหล่งข้อมูล) (n = 178 คน).....	111
ตารางที่ 14	การเปรียบเทียบประสบการณ์การมีอาหารทั้ง 4 มิติของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม 11 ตัวแปร.....	112
ตารางที่ 15	การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของประสบการณ์การมีอาหารทั้ง 4 มิติของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม อายุ .....	114
ตารางที่ 16	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตามกลุ่มอาการ (ตอบได้มากกว่า 1 กลุ่มอาการ) (n = 178 คน).....	187
ตารางที่ 17	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของการรับรู้อาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ) (n = 178 คน).....	188
ตารางที่ 18	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม จำนวนอาการที่เกิดขึ้น (n = 178 คน).....	191
ตารางที่ 19	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในการเลือกปฏิบัติกลวิธีการจัดการอาหาร ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประสิทธิผลของกลวิธีการจัดการอาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง .....	194

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประสิทธิผล ของแหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทาง ช่องท้องแบบต่อเนื่องเลือกปฏิบัติ.....	203
ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไต ทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตามจำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละ อาการ (n = 178 คน).....	204
ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประสิทธิผลของกลวิธีการจัดการของผู้ป่วยโรค ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องใช้จัดการอาการ ร่วมกัน จำแนกตามจำนวนกลวิธีการจัดการอาการ .....	210
ตารางที่ 23 สรุปการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง .....	237



## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แบบจำลองการจัดการอาการ (Symptom Management Conceptual Model).....	27
ภาพที่ 2 แผนภูมิการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง .....	77
ภาพที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไต ทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตามจำนวนอาการ (n =178 คน) .....	185
ภาพที่ 4 แผนภูมิแสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไต ทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตามจำนวนการเกิดอาการ (n = 178).....	186



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease, ESRD) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกรวมทั้งในประเทศไทย (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2558) จากรายงานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2557) พบว่า ภายในระยะเวลา 10 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นจากจำนวน 236.4 เป็น 1,198.8 รายต่อล้านประชากร แสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็น 5.07 เท่า ซึ่งการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเริ่มต้นจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง หากผู้ป่วยดูแลตนเองได้ไม่ดี จะทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นอย่างมาก ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดอาการที่มากขึ้นจนต้องรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม รัฐบาลได้เห็นถึงความสำคัญของการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จึงประกาศนโยบายส่งเสริมการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis First Policy) ให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถรับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้ทุก ราย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา เพราะเป็นการรักษาที่ใช้เวลาของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการน้อยกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและเป็นบริการที่ผู้ป่วยสามารถทำที่บ้านได้ด้วยตนเอง ทำให้ประหยัดทั้งเวลาในการเดินทางและค่าเสียโอกาสของผู้ป่วยและญาติในการทำงาน ทั้งยังสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ดีกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558b) ทำให้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเพิ่มขึ้น คือ 2,760 ราย 5,133 ราย 6,829 ราย 9,509 ราย 12,150 ราย 15,746 ราย และ 21,402 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นจำนวนที่เพิ่มขึ้นสูงถึง 7.56 เท่า ภายในระยะเวลาเพียง 6 ปี (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2557)

การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, CAPD) คือ การรักษาโดยใช้เยื่อภายในช่องท้องของผู้ป่วยเป็นเยื่อตัวกรองสำหรับทำหน้าที่ในการกรองของเสียและน้ำ รวมทั้งแลกเปลี่ยนเกลือแร่และกรดต่างระหว่างเลือดที่ผ่านเข้ามาในบริเวณหลอดเลือดของผนังช่องท้องกับน้ำยาล้างไตตลอด 24 ชั่วโมง (วาณิชรัตน์ รุ่งเกียรติกุล และคณะ, 2556) ซึ่งเป็นการรักษาที่ช่วยปรับสมดุลในร่างกายให้ดีขึ้น แต่ไม่สามารถทดแทนการทำหน้าที่ของไตได้ทั้งหมด ทั้งยังเป็นการนำสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย ทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองที่ไม่ดี

ส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการต่างๆ เกิดขึ้น (ศุภชัย จิตติอาชากุล, 2544) โดยผู้ป่วยมักเริ่มปรากฏอาการต่างๆ เมื่อมีอัตราการกรองของไตอยู่ระหว่าง 30-59 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> (Agarwal, 2010; Lee & Jeon, 2015) และอาการจะปรากฏมากขึ้นเมื่อมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> หรือเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เนื่องจากไตมีการกรองของเสียลดลงและมีการคั่งของของเสียในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ของร่างกาย (ไตรรัักษ์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543)

สำหรับอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีอาการต่างๆ เกิดขึ้นทั้งหมด 39 อาการ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) อาการด้านร่างกาย 31 อาการ ได้แก่ เหนื่อยล้า คับ นอนไม่หลับ ผิวแห้ง ตะคริว ปากแห้ง ปวด เบื่ออาหาร เหงื่อออกน้อยผิดปกติ ง่วงนอน ขาปลายมือปลายเท้า ปวดแน่นท้อง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หายใจเหนื่อย ท้องผูก ปวดกระดูกและข้อ ผมหงอก ไอ บวมที่หน้าและแขนขา ความต้องการทางเพศลดลง มีกลิ่นปาก กล้ามเนื้อระบบ คลื่นไส้ ขากระดูก อาเจียน ท้องเสีย เจ็บแน่นหน้าอก การรับรสเปลี่ยน สูญเสียการได้ยิน และกลิ่นลำบาก และ 2) อาการด้านจิตใจ 8 อาการ ได้แก่ วิตกกังวล หงุดหงิดหรือ โหม่งง่าย เสียใจ ขาดสมาธิหรือหลงลืมง่าย ซึมเศร้า กระวนกระวาย กระสับกระส่าย และรู้สึกสูญเสีย ภาพลักษณ์ (Abdel-Kader, Unruh, & Weisbord, 2009; Almutary, Bonner, & Douglas, 2013; Davison, Jhangri, & Johnson, 2006; Figueiredo et al., 2012; Yong et al., 2009; สว่างวรรณ พิทยานุถนอม, 2552) อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์การมีอาการในด้านการรับรู้การเกิดอาการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการบ่งชี้ถึงสถานะทางสุขภาพในการทำหน้าที่ของร่างกายว่าเป็นปกติหรือ กำลังถูกคุกคามทางสุขภาพ (Lenz, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe, 1997) หากไม่ได้รับการจัดการ อาการที่เหมาะสมจะส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแย่ลง ภาวะการทำหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Barrett, Vavasour, Major, & Parfrey, 1990; Lenz et al., 1997; Manenti, Tansinda, & Vaglio, 2009) และเกิดอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น (Benz, Pressman, Hovick, & Peterson, 2000)

ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) ตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) หมายถึง การรับรู้อาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละคน โดยผ่านการประเมินอาการที่เกิดขึ้นในด้านความถี่ ความรุนแรง ตำแหน่งการเกิดอาการผลกระทบที่เกิดขึ้นและภาวะคุกคามหรือความทุกข์ทรมานจากอาการ รวมถึงการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรม สังคม และพฤติกรรม โดยอาจจะมีการตอบสนองของอาการที่เกิดขึ้นเพียงหนึ่งอาการหรือมากกว่าหนึ่งอาการ และมีทั้งการตอบสนองที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการและการตอบสนองในระยะยาว ซึ่งประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์กันทั้งสองทางระหว่างการรับรู้อาการกับการประเมินอาการ การประเมินอาการกับการตอบสนองต่ออาการ และการตอบสนองต่ออาการกับการรับรู้อาการ ประสบการณ์การมีอาการที่ผู้ป่วยเผชิญมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการ

อื่นๆ เพิ่มขึ้นได้ กล่าวคือ เมื่อมีอาการหนึ่งเกิดขึ้นจะเหนี่ยวนำให้เกิดอาการอื่นๆ ตามมาหรือส่งเสริมให้อาการที่เกิดขึ้นอยู่แล้วมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยจึงมีการรับรู้แต่ละอาการได้หลายมิติ ได้แก่ มิติความถี่ มิติความรุนแรง มิติความทุกข์ทรมาน และมิติคุณลักษณะของอาการ (Lenz et al., 1997) ดังนั้น การเข้าใจประสบการณ์การมีอาการจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก เพราะจะทำให้พยาบาลสามารถให้การดูแลจัดการอาการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนได้ อีกทั้งเมื่อผู้ป่วยมีประสบการณ์การมีอาการ ผู้ป่วยมักจะแสวงหากลวิธีจัดการอาการที่เกิดขึ้นเหล่านั้น เพื่อให้อาการนั้นหายไปหรือบรรเทาลง

ส่วนกลวิธีจัดการอาการ (symptom management strategies) ตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) กล่าวว่า เป็นวิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติเมื่อมีอาการเกิดขึ้น เพื่อให้อาการนั้นหายไปหรือบรรเทาลงด้วยการใช้กลวิธีในการดูแลตนเอง การใช้ยา หรือการอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ กลวิธีจัดการอาการเกิดจากการรับรู้ของผู้ป่วย เริ่มด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่กลวิธีจัดการอาการเหล่านั้น ซึ่งการจัดการอาการเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาหรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วย กลวิธีจัดการมีความเฉพาะเจาะจงว่าจะใช้กลวิธีอะไร (what) ใช้เมื่อไหร่ (when) ใช้ที่ไหน (where) ใช้ทำไม (why) ใช้มากน้อยเท่าไร (how much/ intervention dose) ใช้กับใคร (whom) และใช้อย่างไร (how/delivered) (Dodd et al., 2001) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเมื่อมีอาการต่างๆ เกิดขึ้นผู้ป่วยยังไม่แน่ใจว่าตนเองจะจัดการกับอาการเหล่านั้นได้อย่างไร ทำให้บางครั้งไม่ได้ตระหนักถึงการจัดการอาการที่เกิดขึ้น ส่งผลให้อาการนั้นยังคงอยู่หรือทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และยังส่งผลให้เกิดอาการอื่นๆ ตามมาได้ (สุราสินี วีระเดชะ, 2554)

จากแนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ได้อธิบายว่า ประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีจัดการอาการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านบุคคล องค์ประกอบด้านสุขภาพหรือความเจ็บป่วย และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ทั้ง 3 องค์ประกอบนี้มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีจัดการกับอาการ (Dodd et al., 2001) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ตัวแปรที่คาดว่าจะมีผลต่อประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง แบ่งออกเป็น ตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบด้านบุคคล คือ เพศและอายุ ส่วนตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบด้านสุขภาพหรือความเจ็บป่วย คือ โรคร่วม ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง ระดับฮีโมโกลบิน ระดับปยูเอ็น ระดับครีเอตินิน ระดับอัลบูมิน ระดับแคลเซียม ระดับฟอสเฟต และระดับความพอเพียงของการล้างไต (Amro, Waldum, Dammen, Miaskowski, & Os, 2014; Thong et al., 2009; สว่างวรรณ พิทยานุมา, 2552) ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล เพราะเป็นตัวแปรที่เกิดขึ้นเฉพาะกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

พยาบาลเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องและมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เพราะพยาบาลเป็นบุคคลแรกที่ผู้ป่วยพบเมื่อมาถึงโรงพยาบาล มีหน้าที่ในการประเมินอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อนรายงานแพทย์ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการอาการที่เกิดขึ้น พยาบาลจึงต้องประเมินอาการของผู้ป่วยให้ครบทุกมิติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า Dodd et al. (2001) ได้เสนอแบบจำลองการจัดการอาการของผู้ป่วยไว้ว่า หากพยาบาลทราบเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยจะช่วยให้พยาบาลเลือกกลวิธีการจัดการอาการได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งจะช่วยให้อาการเหล่านั้นบรรเทาลงหรือหายไป ดังนั้นการศึกษาประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องทั้ง 4 มิติ คือ มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน และกลวิธีการจัดการอาการ รวมทั้งจำแนกประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติ ตาม 11 ตัวแปร คือ เพศ อายุ โรคร่วม ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง ระดับฮีโมโกลบิน ระดับปียูเอ็น ระดับครีเอตินิน ระดับอัลบูมิน ระดับแคลเซียม ระดับฟอสเฟต และระดับความพอเพียงของการล้างไต จะช่วยให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อันจะนำไปสู่การเลือกกลวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

### คำถามการวิจัย

1. ประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องใน 4 มิติ คือ มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมานเป็นอย่างไร
2. กลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นอย่างไร
3. ประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องทั้ง 4 มิติมีความแตกต่างกันหรือไม่ เมื่อจำแนกตาม 11 ตัวแปร คือ เพศ อายุ โรคร่วม ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง ระดับฮีโมโกลบิน ระดับปียูเอ็น ระดับครีเอตินิน ระดับอัลบูมิน ระดับแคลเซียม ระดับฟอสเฟต และระดับความพอเพียงของการล้างไต

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องใน 4 มิติ คือ มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน
2. เพื่อศึกษากลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องทั้ง 4 มิติ จำแนกตาม 11 ตัวแปร คือ เพศ อายุ โรคร่วม ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง ระดับฮีโมโกลบิน ระดับบิยูเอ็น ระดับครีเอตินิน ระดับอัลบูมิน ระดับแคลเซียม ระดับฟอสเฟต และระดับความพอเพียงของการล้างไต

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้นำแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ซึ่งประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 ประการ มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้ ประการที่หนึ่ง คือ ประสบการณ์การมีอาการ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละบุคคลที่มีต่ออาการที่เกิดขึ้น โดยการประเมินความหมายของอาการและการตอบสนองต่ออาการจะนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากความปกติในสิ่งที่ผู้ป่วยเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยผู้ป่วยจะประเมินและตัดสินใจจากความรุนแรงสาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการที่กระทบต่อชีวิต และการตอบสนองต่ออาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม ซึ่งประสบการณ์การมีอาการประกอบด้วย 1) การรับรู้อาการ (perception of symptom) หมายถึง การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าร่างกายหรือพฤติกรรมของตนเองเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม 2) การประเมินอาการ (evaluation of symptom) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการพิจารณาถึงความรุนแรงของอาการ สาเหตุ ตำแหน่ง ความถี่ และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และ 3) การตอบสนองต่ออาการ (response to symptoms) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ประการที่สอง คือ การจัดการกับอาการ เป็นวิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยใช้เพื่อทำให้อาการนั้นหายไปหรือบรรเทาลงหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบที่อาจเกิดขึ้นด้วยการใช้ยา การสอบถามจากบุคลากรทางการแพทย์หรือการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยจะเริ่มประเมินอาการจากมุมมองหรือประสบการณ์ของตนเอง กำหนดจุดมุ่งหมาย กำหนดกระบวนการปฏิบัติ และประเมินผลลัพธ์ ซึ่งความสำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ โดยมีการกำหนดอย่างชัดเจนว่าจะใช้กลวิธีอะไร เหตุผลของการใช้ ใช้เมื่อไหร่ ใช้ที่ไหน ใช้มากน้อยเพียงไร ใช้กับใคร และใช้อย่างไร และประการสุดท้าย คือ ผลลัพธ์

เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย 8 ผลลัพธ์ คือ 1) ค่าใช้จ่าย 2) สภาวะอารมณ์ 3) การดูแลตนเอง 4) ภาวะการทำหน้าที่ 5) คุณภาพชีวิต 6) อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม 7) อัตราการตาย และ 8) สภาวะอาการ

โมโนทัศน์หลักทั้ง 3 ประการนี้ได้รับอิทธิพลจากองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) องค์ประกอบด้านบุคคล (person domain) ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล (demographic) สภาพร่างกาย (physical) สภาพอารมณ์และจิตใจ (psychological) พยาธิสภาพของการเจ็บป่วย (physiological) และสังคม (sociological) ของแต่ละบุคคล 2) องค์ประกอบด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย (health and illness domain) ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพขณะที่เกิดการเจ็บป่วย (health status) ปัจจัยเสี่ยง (risk factor) และโรคและการบาดเจ็บ (disease and injury) ของแต่ละบุคคล และ 3) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) ประกอบด้วย สภาพทางกายภาพ (physical) ซึ่งรวมถึงบ้าน ที่ทำงาน หรือโรงพยาบาล การสนับสนุนทางสังคม (social support) และวัฒนธรรม (culture) ของแต่ละบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ส่วนตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบด้านสุขภาพหรือความเจ็บป่วย คือ โรคร่วม ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง ระดับฮีโมโกลบิน ระดับปียูเอิน ระดับครีเอตินิน ระดับอัลบูมิน ระดับแคลเซียม ระดับฟอสเฟต และระดับความพอเพียงของการล้างไต รวมทั้งหมด 11 ตัวแปรนี้จัดเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่สามารถอธิบายแต่ละตัวแปรได้ดังนี้

1. เพศ เป็นสิ่งที่ใช้เพื่อบ่งบอกให้ทราบถึงความแตกต่างของมนุษย์ระหว่างเพศหญิงและเพศชายทั้งทางสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัว และสังคม กระบวนการคิด มุมมอง ความละเอียดอ่อนที่ส่งผลต่อสภาพจิตใจ เพศหญิงมีสภาพจิตใจที่ละเอียดอ่อนกว่าเพศชาย เพศชายจะมีจิตใจที่เข้มแข็งและมีการปรับตัวได้ดีกว่าเพศหญิง (Albano, Comandante, & Nolan, 2005) ทั้งยังเป็นลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมและกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ มีผลต่อการรับรู้และการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้น มีการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดอาการที่เกิดขึ้น (Dracup et al., 1995) ซึ่งจากการศึกษาของ Almutary et al. (2013) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไตทั้งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพศหญิงสามารถรับรู้อาการในมิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมานได้ดีกว่าเพศชาย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สว่างวรรณ พิทยานฤมาน (2552) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งเพศชายและเพศหญิง มีการรับรู้อาการในมิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมานไม่แตกต่างกัน

2. อายุ เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะ ระดับพัฒนาการ ประสบการณ์ในชีวิต และการรับรู้ที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในด้านความอดทน ความสามารถในการเข้าใจ การมองปัญหา การใช้เหตุผล และการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุหรือวุฒิภาวะที่เพิ่มขึ้นจะสามารถประเมินสถานการณ์ มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุและวุฒิภาวะต่ำ โดยความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะถูกพัฒนามากขึ้นตามอายุ จากวัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1995) นอกจากนี้ อายุยังเป็นที่มียุทธพลต่อการคิดรู้อและระบบการทำงานของร่างกาย มีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การมีอาการและการจัดการอาการ (Hsu, 2006) เมื่ออายุมากขึ้นกลไกในการสร้างความต้านทานโรคเสื่อมลง อวัยวะในร่างกายเสื่อมสภาพ การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ภาวะโภชนาการต่างๆ ของร่างกายไม่ปกติ ก่อให้เกิดอาการมากขึ้น (จรรวมล แพ่งโยธา, 2548) ซึ่งจากการศึกษาของ Thong et al. (2009) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ เจ็บแน่นหน้าอก เป็นตะคริว และชาบริเวณแขนขาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไตทั้งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สว่างวรรณ พิทยานฤมาน (2552) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีอายุที่แตกต่างกัน มีการรับรู้อาการในมิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมานไม่แตกต่างกัน

3. โรคร่วม คือ โรคอื่นที่เกิดขึ้นก่อนหรือหลัง และยังคงเป็นอยู่ร่วมกับการเจ็บป่วยในปัจจุบัน มีผลต่อการทำงานของร่างกาย การเจ็บป่วย และการแสดงอาการ (วาสนา สุวรรณรัตน์, 2555) ความรุนแรงของโรคร่วม เช่น โรคหัวใจและโรคปอดจะมีผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ทำให้เกิดอาการผิดปกติเกิดขึ้นได้ (Mittal et al., 2001) จากการศึกษาของ Thong et al. (2009) พบว่า โรคร่วมเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ เจ็บแน่นหน้าอก เป็นตะคริว และชาบริเวณขาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไตทั้งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วน Amro et al. (2014) พบว่า โรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลุ่มอาการยูรีเมียและกลุ่มอาการทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Almutary et al. (2016) ที่พบว่า จำนวนโรคร่วม 1-2 โรค และจำนวนโรคร่วมมากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค ไม่สามารถทำนายการรับรู้ภาวะอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไตทั้งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้

4. ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง เป็นสิ่งที่แสดงถึงระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่อยู่ในรูปแบบการแสดงอาการ ซึ่งการทำนายลักษณะของอาการที่เกิดขึ้นนั้น สามารถวัดจากความรุนแรงและระยะเวลาเป็นประเด็นหลักในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ (Mishel, 1999)



ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้การเจ็บป่วยมากขึ้น มีความคุ้นเคยกับแบบแผนการรักษา ทำให้มีประสบการณ์ สามารถวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างรอบคอบ มองหาวิธีการจัดการกับอาการต่างๆ ได้มากขึ้น (กุลธิดา พานิชกุล, 2536) ซึ่งจากการศึกษาของ Amro et al. (2014) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลานานจะสามารถเกิดกลุ่มอาการคันและผิวแห้งได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Yu et al. (2012) ที่พบว่า ระยะเวลาในการที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไตไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการ 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มอาการอ่อนเพลีย ปากแห้ง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และไม่มีแรง และ 2) กลุ่มอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หายใจหอบเหนื่อย และหายใจไม่อิ่ม

5. ระดับฮีโมโกลบิน เป็นระดับของเม็ดเลือดแดงในร่างกายที่ทำหน้าที่ในการนำออกซิเจนไปสู่อวัยวะต่างๆ เมื่อได้มีการทำหน้าที่ลดลง ทำให้สังเคราะห์ฮอร์โมน erythropoietin ลดลง ส่งผลให้ระดับของฮีโมโกลบินลดลง เป็นผลให้การขนส่งออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อของร่างกายลดลง ส่งผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ทำให้เกิดอาการต่างๆ เพิ่มขึ้น (สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552) จากการศึกษาของ Thong et al. (2009) พบว่า ระดับฮีโมโกลบินมีความสัมพันธ์ทางลบกับกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ เจ็บแน่นหน้าอก เป็นตะคริวและขาบริเวณแขนขาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไตทั้งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สว่างวรรณ พิทยานฤมาน (2552) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีระดับฮีโมโกลบินแตกต่างกัน มีการรับรู้อาการในมิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมานไม่แตกต่างกัน

6. ระดับปียูเอ็น เป็นระดับปริมาณของยูเรียและไนโตรเจนในกระแสเลือด ซึ่งเกิดจากการย่อยสลายอาหารประเภทโปรตีนที่ตับและได้ของเสียสุดท้ายออกมาเป็นสารยูเรียและไนโตรเจน ซึ่งสารทั้ง 2 ชนิดนี้จะต้องถูกขับออกจากร่างกายโดยการส่งไปตามกระแสเลือดแล้วถูกรองและกำจัดผ่านทางไต เพื่อขับออกไปในรูปของปัสสาวะ หากไตเสียหายจะทำให้ไม่สามารถกรองสารยูเรียและไนโตรเจนออกได้หมด ทำให้สารทั้ง 2 ชนิดนี้ตกค้างอยู่ในกระแสเลือด ทำให้ระดับปียูเอ็นสูงขึ้นในเลือด (วิรุฬห์ จิรฐิติกาล, 2550) ผู้ป่วยจะเกิดอาการต่างๆ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน คัน อ่อนเพลีย ปัสสาวะเป็นฟอง เป็นต้น (Kidney-Treatment, 2013b) จากการศึกษาของ Amro et al. (2014) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีระดับปียูเอ็นสูงจะสามารถเกิดกลุ่มอาการทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อได้

7. ระดับครีเอตินิน เป็นระดับปริมาณของของเสียที่เกิดจากการสลายครีเอตินินและฟอสเฟตในกล้ามเนื้อลายในกระแสเลือด และต้องถูกขับออกทางไตในรูปของปัสสาวะ ดังนั้นเมื่อไตเสียหายทำให้ไม่สามารถขับครีเอตินินออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีระดับครีเอตินินสูงขึ้นในเลือดได้ (วิรุฬห์ จิรฐิติกาล, 2550) ผู้ป่วยจะเกิดอาการต่างๆ ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะเป็นฟอง

บวม อ่อนเพลีย ผิวแห้ง ค้นตามผิวหนัง และปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน (Kidney-Treatment, 2013a) จากการศึกษาของ Amro et al. (2014) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีระดับครีเอตินินสูงจะสามารถเกิดกลุ่มอาการทางผิวหนังได้

8. ระดับอัลบูมิน เป็นโปรตีนในเลือดชนิดหนึ่งที่พบมากที่สุดในร่างกายเกิดจากการสังเคราะห์ขึ้นที่ตับ ทำหน้าที่เป็นตัวควบคุมแรงในการดูดน้ำไว้ภายในหลอดเลือด (oncotic pressure) ซึ่งเป็นแรงที่ทำหน้าที่ควบคุมปริมาตรการไหลเวียนของเลือดภายในหลอดเลือด (intravascular circulatory volume) และอัลบูมินยังเป็นตัวบ่งบอกถึงภาวะของการขาดสารอาหารมากที่สุดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพราะในขณะที่ไตทำงานบกพร่องผู้ป่วยจะเกิดภาวะยูรีเมียทำให้เกิดอาการเบื่ออาหารและรับประทานอาหารได้น้อยลง ประกอบกับมีการจำกัดอาหารประเภทโปรตีน จึงทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสังเคราะห์อัลบูมินลดลง และทำให้ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำลงได้ อีกทั้งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องจะสูญเสียอัลบูมินในขณะที่มีการแลกเปลี่ยนสารน้ำทางผนังหน้าท้อง (Haller, 2005) ไตไม่สามารถดูดซึมอัลบูมินเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดได้ตามปกติ ส่งผลให้อัลบูมินรั่วออกมาทางปัสสาวะมากผิดปกติเกิดภาวะโปรตีนรั่วทางปัสสาวะ (proteinuria) และเกิดภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ (hypoalbuminemia) เมื่อมีภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ จะทำให้แรงดัน oncotic ต่ำลงและทำให้สารน้ำไหลออกจากหลอดเลือดทำให้เกิดอาการบวมได้ (กำธร สีลามะลิ, 2554) จากการศึกษาของ สว่างวรรณ พิทยานุมาณ (2552) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีระดับอัลบูมินระหว่าง 2.1-2.7 g/dl จะรับรู้ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานของอาการมากกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีระดับอัลบูมินระหว่าง 2.8-3.5 g/dl และระดับอัลบูมินมากกว่า 3.5 g/dl

9. ระดับแคลเซียม เป็นระดับการวัดแคลเซียมในเลือด เมื่อไตทำงานบกพร่องทำให้ฟอสเฟตในเลือดถูกกำจัดน้อยลง เกิดภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง ยับยั้งการสังเคราะห์ calcitriol และเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ทำให้มีอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ ปอดทำงานบกพร่อง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และภาวะหัวใจล้มเหลว (สินธุ์วิสุทธิ์ สุธิชัย และพัชราภรณ์ สุดชาฎา, 2555) จากการศึกษาของ Manenti et al. (2009) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีระดับแคลเซียมในเลือดต่ำจะเกิดอาการคันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thong et al. (2009) ที่พบว่า ระดับแคลเซียมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการคันและผิวแห้งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไตทั้งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

10. ระดับฟอสเฟต เป็นระดับการวัดฟอสเฟตในเลือดเมื่อไตทำงานบกพร่องทำให้ฟอสเฟตในเลือดถูกกำจัดน้อยลง เกิดภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง ยับยั้งการสังเคราะห์ calcitriol และเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ทำให้มีอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ ปอดทำงานบกพร่อง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และภาวะหัวใจล้มเหลว (สินธุ์วิสุทธิ์ สุธิชัย และพัชราภรณ์ สุดชาฎา, 2555) จาก

การศึกษาของ Manenti et al. (2009) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีระดับฟอสเฟตในเลือดสูงจะเกิดอาการคันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thong et al. (2009) ที่พบว่า ระดับฟอสเฟตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการคันและผิวแห้งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไตทั้งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

11. ระดับความพอเพียงของการล้างไต เป็นการประเมินความพอเพียงของการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “Kt/V” โดยมีแนวความคิดว่าปริมาตรของยูเรียที่ถูกขจัดออกไปเป็นกี่เท่าของปริมาตรของยูเรียที่อยู่ในร่างกาย เป็นค่าที่ไม่มีหน่วย สามารถทำการคำนวณได้ด้วยการนำค่า “Kt” ไปหารด้วยค่า “v” โดยค่า “Kt” คือ ค่าการขจัดยูเรียทางช่องท้องต่อวัน ได้มาจากผลคูณระหว่างปริมาตรน้ำยาที่ระบายออกจากช่องท้องและอัตราส่วนของความเข้มข้นของยูเรียในน้ำยาที่ระบายออกมาเทียบกับยูเรียในพลาสมา ส่วนค่า “v” คือ ปริมาตรของยูเรียที่กระจายอยู่ในร่างกาย โดยมีค่าเท่ากับปริมาตรน้ำในร่างกาย (ศุภชัย ฐิติอาชากุล, 2544) หากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีระดับความพอเพียงของการล้างไตมากกว่าหรือเท่ากับ 1.7 ผู้ป่วยจะมีอาการทางคลินิกดีขึ้น (ทวี ศิริวงศ์ และคณะ, 2551) จากการศึกษาของ Thong et al. (2009) พบว่า ระดับความพอเพียงของการล้างไตมีความสัมพันธ์ทางลบกับ 3 กลุ่มอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไตทั้งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือ 1) กลุ่มอาการหายใจเหนื่อย เวียนศีรษะ ความอยากอาหารลดลง และคลื่นไส้ 2) กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ เจ็บแน่นหน้าอก เป็นตะคริวและขาบริเวณแขนขา และ 3) กลุ่มอาการคัน และผิวแห้ง

### สมมติฐานการวิจัย

เพศ อายุ โรคร่วม ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง ระดับฮีโมโกลบิน ระดับบิยูเอ็น ระดับครีเอตินิน ระดับอัลบูมิน ระดับแคลเซียม ระดับฟอสเฟต และระดับความพอเพียงของการล้างไตที่แตกต่างกัน ทำให้ประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องทั้ง 4 มิติ แตกต่างกัน

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่เข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่เข้ามาใช้บริการ ณ หน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย คือ เพศ อายุ โรคร่วม ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง ระดับฮีโมโกลบิน ระดับปัสสาวะไนโตรเจน ระดับครีเอตินิน ระดับอัลบูมิน ระดับแคลเซียม ระดับฟอสเฟต และระดับความพอใจของการล้างไต ประสิทธิภาพการมีอาการใน 4 มิติ (มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน) และกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ประสิทธิภาพการมีอาการ** หมายถึง การรับรู้และการประเมินอาการที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยประเมินจากแบบสอบถาม The CKD Symptom Burden Index (CKD-SBI) พัฒนาโดย Almutary, Bonner, and Douglas (2015) ซึ่งใช้ประเมินอาการทั้งหมด 32 อาการ โดยแต่ละอาการแบ่งออกเป็น 4 มิติ คือ มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน แต่ละมิติมีรายละเอียดดังนี้

1. มิติการเกิดอาการ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าเท่ากับ “0” หมายถึง ไม่มีอาการในชื่อนั้น หรือ “1” หมายถึง มีอาการในชื่อนั้น
2. มิติความถี่ หมายถึง การประเมินความบ่อยของอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าตั้งแต่ “0” หมายถึง ไม่มีอาการเกิดขึ้นเลย ไปจนถึง “10” หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลา
3. มิติความรุนแรง หมายถึง การประเมินระดับความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับความแรงของอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าตั้งแต่ “0” หมายถึง ไม่มีความรุนแรงเลย ไปจนถึง “10” หมายถึง มีความรุนแรงมาก
4. มิติความทุกข์ทรมาน หมายถึง การประเมินระดับความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าตั้งแต่ “0” หมายถึง ไม่มีความทุกข์ทรมานเลย ไปจนถึง “10” หมายถึง มีความทุกข์ทรมานมาก

**กลวิธีการจัดการอาการ** หมายถึง วิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องปฏิบัติเมื่อเกิดอาการขึ้น เพื่อบรรเทาอาการหรือทำให้อาการนั้นหายไป ซึ่งประกอบด้วยวิธีการที่ผู้ป่วยเลือกใช้ในการจัดการอาการและประสิทธิผลของวิธีการนั้นๆ โดยประเมินจากแบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการ

ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแบบจำลองการจัดการอาหารของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาหารที่เกิดขึ้น

**เพศ** หมายถึง ลักษณะที่แสดงความเป็นชายหรือหญิงตั้งแต่กำเนิดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

**อายุ** หมายถึง จำนวนปีเต็มนับจากวันที่เกิดจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

**โรคร่วม** หมายถึง โรคอื่นๆ ที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นนอกเหนือจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

**ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง** หมายถึง จำนวนสัปดาห์เต็มนับตั้งแต่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องครั้งแรกต่อเนื่องมาจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม

**ระดับฮีโมโกลบิน** หมายถึง ระดับปริมาณของเม็ดเลือดแดงที่อยู่ในกระแสเลือดของ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ณ วันที่ตอบแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ระดับ แยกระหว่างเพศชายและเพศหญิง ตามเกณฑ์ของ Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO, 2012) คือ ระดับฮีโมโกลบินต่ำ และระดับฮีโมโกลบินปกติ

**ระดับปียูเอ็น** หมายถึง ระดับปริมาณของยูเรียและไนโตรเจนที่อยู่ในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ณ วันที่ตอบแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของทวิ ศิริวงศ์ และคณะ (2551) คือ ระดับปียูเอ็นต่ำ ระดับปียูเอ็นปกติ และระดับปียูเอ็นสูง

**ระดับครีเอตินิน** หมายถึง ระดับปริมาณของเสียที่เกิดจากการสลายครีเอตินินและฟอสเฟตในกล้ามเนื้อลายที่อยู่ในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ณ วันที่ตอบแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของทวิ ศิริวงศ์ และคณะ (2551) คือ ระดับครีเอตินินต่ำ ระดับครีเอตินินปกติ และระดับครีเอตินินสูง

**ระดับอัลบูมิน** หมายถึง ระดับปริมาณของโปรตีนในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ณ วันที่ตอบแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ตามเกณฑ์ของทวิ ศิริวงศ์ และคณะ (2551) คือ ระดับอัลบูมินต่ำ และระดับอัลบูมินปกติ

**ระดับแคลเซียม** หมายถึง ระดับปริมาณของเกลือแร่ชนิดแคลเซียมที่อยู่ในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ณ วันที่ตอบแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ National Kidney Foundation (NKF, 2003) คือ ระดับแคลเซียมต่ำ ระดับแคลเซียมปกติ และระดับแคลเซียมสูง

**ระดับฟอสเฟต** หมายถึง ระดับปริมาณของเกลือแร่ชนิดฟอสเฟตที่อยู่ในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ณ วันที่ตอบแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ National Kidney Foundation (NKF, 2003) คือ ระดับฟอสเฟตต่ำ ระดับฟอสเฟตปกติ และระดับฟอสเฟตสูง

**ระดับความพอเพียงของการล้างไต** หมายถึง ระดับประสิทธิภาพของผนังช่องท้องในการกำจัดยูเรียออกจากร่างกายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ณ วันที่ตอบแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ตามเกณฑ์ของ National Kidney Foundation (NKF, 2006) คือ ไม่มีควมพอเพียงในการล้างไต และมีความพอเพียงในการล้างไต

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลหรือทีมสุขภาพในการประเมินอาการและจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพตนเองให้มีประสิทธิภาพ
3. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับอาการและกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

#### 1. โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

1.1 ความหมายของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

1.2 การรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

1.3 อุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

แบบต่อเนื่อง

1.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

แบบต่อเนื่อง

1.5 การพยาบาลเพื่อจัดการอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

#### 2. แบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001)

2.1 องค์ประกอบของแบบจำลองการจัดการอาการ

2.2 มโนทัศน์หลักของแบบจำลองการจัดการอาการ

#### 3. ประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

แบบต่อเนื่อง

3.1 ความหมายของอาการ

3.2 ความหมายของประสบการณ์การมีอาการ

3.3 ประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่อง

ท้องแบบต่อเนื่อง

3.4 การประเมินประสบการณ์การมีอาการ

#### 4. กลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

แบบต่อเนื่อง

4.1 ความหมายของกลวิธีการจัดการอาการ

4.2 กลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่อง

ท้องแบบต่อเนื่อง

4.3 การประเมินกลวิธีการจัดการอาการ

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

### 1.1 ความหมายของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO, 2013) ได้ให้ความหมายของโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) ว่าหมายถึง ความผิดปกติของหน้าที่และโครงสร้างของไตที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ใน 3 เดือน โรคไตเรื้อรังแบ่งออกเป็น 5 ระยะตามอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR) ดังนี้

ระยะที่ 1 หมายถึง อัตราการกรองของไตมากกว่า  $90 \text{ mL/min/1.73 m}^2$  คือ ไตเริ่มมีความผิดปกติแต่ค่าอัตราการกรองของไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ระยะที่ 2 หมายถึง อัตราการกรองของไตอยู่ระหว่าง  $60\text{-}89 \text{ mL/min/1.73 m}^2$  คือ ไตมีความผิดปกติและค่าอัตราการกรองของไตลดลงเล็กน้อย

ระยะที่ 3 หมายถึง อัตราการกรองของไตอยู่ระหว่าง  $30\text{-}59 \text{ mL/min/1.73 m}^2$  โดยระยะที่ 3 นี้ แบ่งออกเป็น 2 ระยะย่อย ดังนี้

ระยะที่ 3a หมายถึง อัตราการกรองของไตอยู่ระหว่าง  $45\text{-}59 \text{ mL/min/1.73 m}^2$  คือ ไตมีความผิดปกติและค่าอัตราการกรองของไตลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง

ระยะที่ 3b หมายถึง อัตราการกรองของไตอยู่ระหว่าง  $30\text{-}44 \text{ mL/min/1.73 m}^2$  คือ ไตมีความผิดปกติและค่าอัตราการกรองของไตลดลงปานกลางถึงมาก

ระยะที่ 4 หมายถึง อัตราการกรองของไตอยู่ระหว่าง  $15\text{-}29 \text{ mL/min/1.73 m}^2$  คือ ไตมีความผิดปกติและค่าอัตราการกรองของไตลดลงมาก

ระยะที่ 5 หมายถึง อัตราการกรองของไตน้อยกว่า  $15 \text{ mL/min/1.73 m}^2$  คือ ไตมีความผิดปกติและค่าอัตราการกรองของไตลดลงมาก เรียกว่า “ไตวายระยะสุดท้าย (end stage renal disease, ESRD)”

Roderick (2002) ได้ให้ความหมายของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease, ESRD) ว่าหมายถึง ภาวะที่ไตเสียหายที่โดยไม่สามารถกลับมาทำหน้าที่ที่เหมือนเดิมได้ในทางปฏิบัติโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีค่าอัตราการกำจัดครีตินินออกจากร่างกาย น้อยกว่า 10



ml/min หรือจากการประมาณค่าระดับครีตินินในเลือดมากกว่า 500  $\mu\text{mol/L}$  โดยจะมีการบำบัดทดแทนหน้าที่ไตหรือไม่ก็ได้ ซึ่งการบำบัดทดแทนหน้าที่ไตทำได้โดยการเปลี่ยนไตหรือการล้างไต

Lewis (2012) ได้ให้ความหมายของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ว่าหมายถึง โรคไตเรื้อรังที่อยู่ในระยะที่ 5 ซึ่งเรียกระยะนี้ว่า end-stage renal disease (ESRD) เนื่องจากเป็นระยะสุดท้ายของการแบ่งระยะในโรคไตเรื้อรัง

ณัฐวุฒิ ไทวนำชัย พิสุทธิ์ กตเวทิน และสมชาย เอี่ยมอ่อง (2551) ได้ให้ความหมายของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ว่าหมายถึง ภาวะที่ไตสูญเสียหน้าที่การทำงานอย่างถาวร โดยมีอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate, GFR) ต่ำกว่า  $15 \text{ mL/min/1.73 m}^2$  จนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้หากไม่ได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนหน้าที่ไต

กล่าวโดยสรุป โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease, ESRD) หมายถึง ความผิดปกติของหน้าที่และโครงสร้างของไตที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ภายในระยะเวลา 3 เดือน โดยมีอัตราการกรองของไตลดลงเหลือน้อยกว่า  $15 \text{ mL/min/1.73 m}^2$

## 1.2 การรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

การรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease, ESRD) คือ การบำบัดทดแทนหน้าที่ไต (renal replacement therapy, RRT) มี 3 วิธี ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis, PD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis, HD) หรือการปลูกถ่ายไต (kidney transplant, KT) (KDIGO, 2013) สำหรับประเทศไทยได้มีการประกาศนโยบายให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกรายสามารถเข้ารับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นอันดับแรก เพราะเป็นการรักษาที่ใช้เวลาของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการน้อยกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และเป็นบริการที่ผู้ป่วยสามารถทำเองได้ที่บ้านด้วยตนเอง โดยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ทำให้ประหยัดทั้งเวลาในการเดินทางและค่าเสียโอกาสของผู้ป่วยและญาติในการทำงาน ทั้งยังสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ดีกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558a)

1.2.1 ความหมายของการล้างไตทางช่องท้อง การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis, PD) หมายถึง กระบวนการแลกเปลี่ยนน้ำและสารต่างๆ ระหว่างเลือดกับ peritoneal dialysis fluid โดยซึมผ่านเยื่อช่องท้อง ซึ่งมีคุณสมบัติเป็น semipermeable membrane โดยการนำ peritoneal dialysis fluid เข้าสู่ช่องท้อง (peritoneal cavity) และทิ้งไว้ระยะเวลาหนึ่ง เพื่อให้สารต่างๆ ที่คั่งค้างอยู่ในเลือดซึมผ่าน peritoneum มายังช่องท้อง และแลกเปลี่ยนสารต่างๆ กับ peritoneal dialysis fluid เมื่อปล่อย peritoneal dialysis fluid ทิ้ง และทำหมุนเวียนเช่นนี้หลายๆ ครั้ง จะทำให้ระดับของเสียที่คั่งค้างอยู่ในเลือดลดลง (นาตยา แสงวิชัยภัทร, 2554)

1.2.2 ประเภทของการล้างไตทางช่องท้อง การล้างไตทางช่องท้องมี 2 แบบหลักๆ (ศุภชัย ฐิติอาชากุล, 2544) คือ

1.2.2.1 การล้างไตทางช่องท้องซึ่งมีน้ำยาอยู่ตลอดเวลา (continuous peritoneal dialysis) ซึ่งจะได้ของเสียมากกว่าในรายที่ทำแบบครั้งคราว (intermittent dialysis) และสามารถควบคุมปริมาณน้ำได้ดีกว่า มี 2 รูปแบบ คือ

1) การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD) เป็นการล้างไตที่มีน้ำยาอยู่ในช่องท้องตลอดเวลาทั้งในเวลากลางวันและเวลากลางคืน เพราะมีการแลกเปลี่ยนและกำจัดของเสียเกิดขึ้นตลอดเวลา ซึ่งจะคล้ายกับการทำงานของไต จำนวนและความถี่ของการเปลี่ยนน้ำยา ปริมาณน้ำยาที่ใช้ จะเปลี่ยนแปลงตามผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งขึ้นอยู่กับการทำงานของไตที่เหลืออยู่ (residual renal function) และการทำงานของเยื่อช่องท้อง (membrane characteristic, transportation type) รวมทั้งขนาดร่างกายของผู้ป่วย (body surface area; BSA) ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตเหลืออยู่มากกว่า  $2 \text{ mL/min/1.73 m}^2$  อาจทำการล้างไตทางช่องท้องเพื่อทดแทนการทำงานของไตเพียง 1-2 ครั้งต่อวัน เรียกว่า “low dose, low volume CAPD” เมื่อการทำงานของไตลดลงมากขึ้น อาจเพิ่มปริมาณน้ำยาเพิ่มขึ้น เรียกว่า “low dose, standard volume CAPD” หากมีการทำงานของไตเหลือน้อยกว่า  $2 \text{ mL/min/1.73 m}^2$  ควรได้รับการเปลี่ยนน้ำยาโดยเฉลี่ย 3-5 ครั้งต่อวัน ซึ่งส่วนมากนิยมเปลี่ยนน้ำยาวันละ 4 ครั้ง คือ เวลา 6.00 น. 12.00 น. 18.00 น. และ 22.00 น. โดยขนาดน้ำยาที่มีใช้ในประเทศไทย คือ ขนาด 1 ลิตร 1.5 ลิตร และ 2 ลิตร ซึ่งถ้าการทำงานของไตเหลือน้อยและเปลี่ยนน้ำยา 4 ครั้งต่อวัน ควรใช้ยาในขนาด 2 ลิตร เรียกว่า “standard dose, standard volume CAPD”

2) การล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องแบบใช้เครื่อง (continuous cyclic peritoneal dialysis, CCPD) เป็นการล้างไตที่ใช้เครื่องมือช่วยในช่วงกลางคืน 3 ถัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้มากขึ้น ไม่ต้องกังวลกับการเปลี่ยนน้ำยา และเปลี่ยนน้ำยาในตอนเช้าโดยใส่น้ำยาในช่องท้อง 1 ถัง และทำงานตามปกติ เรียกว่า “standard dose CCPD” ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตเหลือน้อยลงก็สามารถเพิ่มการล้างไตมากขึ้นได้ เช่น การเพิ่มการเปลี่ยนน้ำยาในช่วงกลางคืนเป็น 6-8 ครั้ง เรียกว่า “high dose CCPDI” หรือ เพิ่มการเปลี่ยนน้ำยาในช่วงกลางวันเป็น 2 ครั้ง เรียกว่า “high dose CCPDII” อาจร่วมกับการเพิ่มการเปลี่ยนน้ำยากลางคืนด้วย

1.2.2.2 การล้างไตทางช่องท้องซึ่งมีน้ำยาอยู่เพียงช่วงหนึ่งของวันหรือบางวัน (intermittent dialysis) เป็นการล้างไตที่มีช่วงที่ไม่ได้ทำ dialysis มากกว่า 10% ของระยะเวลาทั้งหมด ส่วนมากนิยมทำเฉพาะในรายที่ยังมีการทำงานของไตเหลืออยู่มากพอสมควร เช่น มากกว่า  $2 \text{ mL/min/1.73 m}^2$  มี 2 รูปแบบ คือ

1) การล้างไตทางช่องท้องแบบที่มีน้ำยาในช่องท้องเฉพาะช่วงกลางวัน (day time ambulatory peritoneal dialysis, DAPD) ผู้ป่วยจะเปลี่ยนน้ำยาเฉพาะในเวลากลางวัน อาจเปลี่ยนน้ำยา 2-4 ครั้ง และสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติในเวลากลางวัน ไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนน้ำยาในช่วงกลางคืน

2) การล้างไตทางช่องท้องแบบที่มีน้ำยาในช่องท้องเฉพาะช่วงกลางคืน (nightly intermittent peritoneal dialysis, NIPD) ผู้ป่วยจะเปลี่ยนน้ำยาเฉพาะในช่วงกลางคืน โดยทั่วไปจะต้องใช้เครื่องมือช่วยเปลี่ยนน้ำยาประมาณ 6-8 ถัง รวมระยะเวลา 8-12 ชั่วโมงต่อคืน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนในเวลากลางคืนได้

1.2.3 ชนิดของน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง น้ำยาล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis fluid, PDF) ที่ใช้สำหรับการล้างไตทางช่องท้องแต่ละชนิดจะแตกต่างกันที่ความเข้มข้นของกลูโคส และเลือกใช้ในกรณีต่างๆ (นาตยา แสงวิชัยภัทร, 2554) ดังนี้

1.2.3.1 ความเข้มข้น dextrose 1.5% ใช้ในกรณีที่ไม่ต้องการดึงน้ำยาออกมาก

1.2.3.2 ความเข้มข้น dextrose 2.5% เป็นความเข้มข้นที่นิยมใช้

1.2.3.3 ความเข้มข้น dextrose 4.25% ใช้ในกรณีที่ต้องการดึงน้ำออกมากๆ เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกิน และไม่ควรใช้ความเข้มข้น dextrose เกินกว่า 4.25% เนื่องจากปริมาณกลูโคสที่สูงขึ้นจะทำให้มีการสูญเสียโปรตีนในระหว่างล้างไตทางช่องท้องมากขึ้น

1.2.4 ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2558b) ได้ระบุแนวทางข้อบ่งชี้ของการเริ่มต้นทำ Dialysis ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ดังต่อไปนี้

1.2.4.1 ระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ  $6 \text{ mL/min/1.73m}^2$  และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมชั่วคราว อาจมีหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังก็ได้ หรือ

1.2.4.2 ระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) มากกว่าหรือเท่ากับ  $6 \text{ mL/min/1.73m}^2$  ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบประคับประคองอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- 1) ภาวะน้ำและเกลือเกินจนเกิดภาวะหัวใจวายหรือความดันโลหิตสูง
- 2) ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง เลือดเป็นกรด หรือฟอสเฟตในเลือดสูง
- 3) ความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูริเมีย
- 4) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูริเมีย
- 5) คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือมีภาวะทุพโภชนาการ

1.2.5 ภาวะแทรกซ้อนของการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ภาวะแทรกซ้อนที่มีการติดเชื้อ (Infection complication) และภาวะแทรกซ้อนที่ไม่มีการติดเชื้อ (non-infection complication) ดังนี้

1.2.5.1 การติดเชื้อในช่องท้อง (peritonitis) การติดเชื้อในช่องท้องเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนวิธีการรักษาเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต (Johnson et al., 2009) อาการที่พบเริ่มแรกของการติดเชื้อในช่องท้อง เช่น น้ำยาที่ปล่อยออกมามีลักษณะขุ่นหรือมีอาการปวดท้อง อาจจะมีหรือไม่มีไข้ก็ได้ (ดวงรัตน์ มนโรสง, 2553)

1.2.5.2 การติดเชื้อบริเวณผิวหนังและชั้นใต้ผิวหนังรอบๆ ท่อพลาสติกที่หน้าท้องเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในช่องท้อง (Bender, Bernardini, & Piraino, 2006)

1.2.5.3 การสูญเสียน้ำของเยื่อช่องท้อง (ultrafiltration) คือ การที่ผู้ป่วยมีอาการของน้ำและเกลือแร่เกินในร่างกาย โดยไม่ได้เกิดจากการดื่มน้ำมากเกินไป แต่เกิดจากการที่ปริมาณน้ำยาล้างไตที่ปล่อยออกมาน้อยกว่าปริมาณน้ำยาล้างไตที่ใส่เข้าไป ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของเยื่อช่องท้องทำให้สูญเสียการดึงน้ำของเยื่อช่องท้องอย่างมากที่สุด สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงของเยื่อช่องท้อง เชื่อว่าเกิดภายหลังจากการติดเชื้อในช่องท้อง (ดวงรัตน์ มนโรสง, 2553)

1.2.5.4 ไส้เลื่อน และการบวมของอวัยวะเพศ (hernia and genital edema) สาเหตุการเกิดจากการเพิ่มความดันในช่องท้องจากน้ำยาล้างไต ทำให้หน้าท้องขยาย และเกิดไส้เลื่อนขึ้นในส่วนที่อ่อนแอของผนังหน้าท้อง (ดวงรัตน์ มนโรสง, 2553)

1.2.5.5 ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบหายใจ (respiratory complication) เช่น ภาวะปอดบวมน้ำ (pulmonary edema) เกิดขึ้นได้ถ้าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว ultrafiltration เสีย หรือดื่มน้ำและรับประทานอาหารเค็มมากเกินไป (ดวงรัตน์ มนโรสง, 2553)

1.2.5.6 ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular complication) เช่น ภาวะหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจนำมาก่อน อาจเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงได้ระหว่างที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (ดวงรัตน์ มนโรสง, 2553)

1.2.5.7 ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบการเผาผลาญ (metabolic complication) เช่น ภาวะสูญเสียโปรตีน ในการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องนั้นจะมีการสูญเสียโปรตีนออกมามากกว่าน้ำยาล้างไตประมาณวันละ 5-15 กรัม และกรดอะมิโนประมาณ 3 กรัม (ชวลิต รัตนกุล, 2543) และเพิ่มมากขึ้นถ้ามีเยื่อช่องท้องอักเสบการให้อาหารโปรตีนที่มีคุณภาพสูง วันละ 1-1.5 gm/kg น้ำหนักตัว จึงจะช่วยให้ร่างกายได้รับโปรตีนที่เพียงพอ (ดวงรัตน์ มนโรสง, 2553)

1.2.5.8 ปวดหลัง (back pain) อาการปวดหลังมักพบได้เสมอในผู้ป่วยที่ทำ CAPD มานาน ผู้ป่วยที่ขาดการออกกำลังกายประกอบด้วยมี renal osteodystrophy ทำให้เกิดความผิดปกติในกระดูกสันหลัง การใช้ยา 2 ลิตรทั้งค้างไว้ในช่องท้องจะทำให้เกิดอาการมากขึ้น ในการแก้ไขผู้ป่วย

ที่มีอาการปวดมากควรลดปริมาณน้ำยาแต่ละถุงลง แต่ต้องล้างช่องท้องให้บ่อยครั้งขึ้น ถ้าไม่ได้ผล อาจจะต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (สุจิตรา ลิมอำนวนายลาภ, 2544)

กล่าวโดยสรุป โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นภาวะที่ไตสูญเสียการทำงานอย่างถาวร ดังนั้น ผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ซึ่งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็น วิธีการบำบัดทดแทนไตวิธีหนึ่งซึ่งช่วยขจัดของเสียออกจากร่างกายอย่างเป็นธรรมชาติและเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การรักษาดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น การติดเชื้อในช่องท้อง ไข้เลือด อวัยวะเพศบวมในเพศชาย ปวดบวม น้ำ ปวดหลัง เป็นต้น

### 1.3 อุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

จากรายงาน Thailand Renal Replacement Therapy พบว่า ภายในระยะเวลา 10 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น 5.07 เท่า คือ จำนวน 236.4, 275.3, 302.6, 409.1, 528.4, 579.1, 667.3, 776.7, 907.3, 1,073.3, และ 1,198.8 รายต่อล้านประชากรตามลำดับ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2557) และเนื่องด้วยคณะรัฐมนตรี ได้ประกาศนโยบายส่งเสริมการล้างไตทางช่องท้องให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้ารับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้ทุก ราย โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558b) ส่งผลให้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเพิ่มขึ้น คือ 2,760 ราย 5,133 ราย 6,829 ราย 9,509 ราย 12,150 ราย 15,746 ราย และ 21,402 ราย ตามลำดับ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2557)

จากจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องปี พ.ศ. 2557 เมื่อแยกตามเพศ พบว่า เพศหญิงมีจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 50.8 และร้อยละ 49.2 ตามลำดับ เมื่อแยกตามช่วงอายุ พบว่า ช่วงอายุ 45-64 ปี มีจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.5 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 65-74 ปี, อายุมากกว่า 75 ปี, ช่วงอายุ 20-44 ปี, และ ช่วงอายุ 0-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.3, 17.1, 16.3, และ 0.7 ตามลำดับ เมื่อแยกตามภูมิภาคในประเทศไทย พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวมากที่สุด จำนวน 6,230 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.1 รองลงมา คือ ภาคเหนือ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ภาคใต้ ภาคกลาง ภาคตะวันออก และ ภาคตะวันตก จำนวน 3,566, 3,080, 2,774, 2,524, 2,143, และ 1,085 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.7, 14.4, 13.0, 11.8, 10.0, และ 5.1 ตามลำดับ แต่เมื่อแยกตามจังหวัด พบว่า กรุงเทพมหานครมีจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวมากที่สุด จำนวน 1,502 ราย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2557)

จากที่กล่าวมาทั้งหมด ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีจำนวนมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ได้ผลการรักษาที่ดีและ เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

#### 1.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ผลดีในการรักษาและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด พยาบาลจะต้องให้คำแนะนำ ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนการใส่สาย Tenckhoff การดูแล หลังใส่สาย Tenckhoff ในระยะเริ่มต้น และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง สอนการทำความสะอาด แผล การเปลี่ยนถ่ายน้ำยา และการดูแลตนเองทั่วไป การสังเกตสิ่งผิดปกติและการแก้ไขเบื้องต้น การพยาบาลผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการมีดังนี้ (นาตยา แสงวิชัยภัทร, 2554)

1.4.1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัว ที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและขั้นตอนการรักษา การปฏิบัติการพยาบาลมีดังนี้

1.4.1.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย

1.4.1.2 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การดูแลรักษา ข้อดี และข้อเสียของการรักษา และสิ่งที่ควรระมัดระวังในการปฏิบัติชีวิตประจำวัน

1.4.1.3 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง หากกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ควรส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

1.4.1.4 แนะนำให้ผู้ป่วยได้รู้จักกับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องรายอื่น เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และได้ข้อมูล เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา

1.4.2 ผู้ป่วยไม่สุขสบาย มีอาการเจ็บ ปวด เนื่องจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง การปฏิบัติการพยาบาลมีดังนี้

1.4.2.1 ประเมินอาการปวดและไม่สุขสบายในแต่ละระยะของการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยประเมินลักษณะของความเจ็บปวด ตำแหน่ง และระยะเวลาของความเจ็บปวด

1.4.2.2 จัดเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย หรือพักผ่อนสูง หนุนศีรษะสูง หนุนคอบริเวณที่ปวด เพื่อช่วยลดอาการปวด หากอาการปวดเกิดจากการคั่งของน้ำยาในช่องท้องควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว เช่น พลิกตะแคงตัว หรือลุกนั่ง

1.4.2.3 สอบถามอาการเจ็บปวดและแน่นภายในท้อง เนื่องจากการปล่อยน้ำยาเข้าออกโดยเร็ว ทำให้เกิดความเจ็บปวดได้ ควรช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับความสุขสบาย และบรรเทาอาการปวดโดยลดอัตราการไหลของน้ำยาที่ไหลเข้าให้ช้าลง

1.4.2.4 สอนและส่งเสริมให้ใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อการลดปวด

1.4.2.5 ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดพร้อมทั้งประเมินประสิทธิภาพและภาวะแทรกซ้อน

1.4.3 ผู้ป่วยมีแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากระบ้งลมถูกกดขณะใส่น้ำยาเข้าช่องท้อง การปฏิบัติการพยาบาลมีดังนี้

1.4.3.1 แนะนำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่า Semi Fowler เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ ทุกครั้งที่ระบายน้ำออก แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง

1.4.3.2 สังเกตอาการหายใจตื่น อัตราหายใจไม่สม่ำเสมอ หายใจลำบาก ซึ่งมักสัมพันธ์กับการแน่นอึดอัดท้องขณะใส่น้ำยาเข้าไปในช่องท้องเต็มทีอย่างน้อย 2-4 ชั่วโมง

1.4.3.3 ติดตามประเมินภาวะปอดแฟบ โดยการฟังเสียงการหายใจ อาจพบเสียงหายใจลดลงหรือเสียงผิดปกติ เช่น เสียง crepitation หรือ secretion sound หรือเคาะปอดได้ยินเสียงทึบ

1.4.3.4 ดูแลให้ได้รับการพักผ่อน เพื่อลดความต้องการการใช้ออกซิเจนในร่างกาย พร้อมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ

1.4.4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ เนื่องจากการติดเชื้อหรือมีการระคายเคืองจากน้ำยาล้างไต การปฏิบัติกรพยาบาลมีดังนี้

1.4.4.1 ใช้หลัก sterile technique ในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาล

1.4.4.2 บันทึกสัญญาณชีพเพื่อประเมินภาวะไข้ร่วมกับอาการของการติดเชื้อในช่องท้อง ได้แก่ น้ำยาล้างไตที่ออกจากช่องท้องขุ่น มีอาการปวดท้อง

1.4.4.3 สังเกตลักษณะและสีของน้ำยาที่ไหลออกมา โดยปกติน้ำยาจะเป็นสีเหลืองใส หรืออาจเป็นสีชมพูจางๆ หรือมีเลือดปนเล็กน้อย แต่ไม่ควรเกิน 2-3 รอบแรก และไม่ขุ่น ถ้าน้ำยามีลักษณะขุ่นเป็นตะกอน แสดงว่ามีการติดเชื้อควรรายงานแพทย์

1.4.4.4 ดูแลแผลหน้าท้องให้แห้งสะอาดอยู่เสมอ เปลี่ยนผ้าปิดแผลอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งหรือทุกครั้งที่เปียก และสังเกตลักษณะแผลรอบๆ สาย Tenckhoff ว่ามีน้ำซึม บวมแดง กดเจ็บหรือไม่ ถ้าพบว่ามีอาการแสดงดังกล่าวให้รายงานแพทย์

1.4.5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ เนื่องจากการดื่มน้ำออกจากร่างกายมากเกินไปหรือน้อยเกินไป การปฏิบัติกรพยาบาลมีดังนี้

1.4.5.1 ประเมินน้ำหนักตัวและสัญญาณชีพของผู้ป่วย

1.4.5.2 บันทึกการแลกเปลี่ยนของสารน้ำ เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำยาล้างไตที่เข้าและออกจากช่องท้อง กรณีที่ดื่มน้ำออกมากเกินไปหรือมีการคั่งของน้ำมากเกินไปให้รายงานแพทย์

1.4.5.3 ดูแลให้น้ำยาไหลเข้าออกสะดวก ตรวจสอบสาย Tenckhoff ว่ามีการหักพับ อุดตันหรือไม่ ถ้าหากน้ำไหลออกไม่สะดวก ประเมินสาเหตุของการไหลออกลำบาก อาจให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอนให้ศีรษะสูงขึ้นและกอดเบาๆ บริเวณหน้าท้องหรือรัดสายอย่างบอบๆ หากการไหลออกยังไม่ดีขึ้นและน้ำยาเข้าออกในแต่ละรอบต่างกันมากกว่า 500 มิลลิลิตร ให้รายงานแพทย์ทันที

1.4.5.4 ช่วยเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วยในกรณีที่น้ำยาไหลออกไม่สะดวก

1.4.5.5 สังเกตสีและลักษณะของน้ำยาล้างไตที่ออกจากตัวผู้ป่วย ถ้ามีลักษณะขุ่นเป็นตะกอนควรรายงานแพทย์ เนื่องจากตะกอนอาจทำให้เกิดการอุดตันของน้ำยาได้

1.4.5.6 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ บันทึกสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายอย่างละเอียดเพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย

1.4.5.7 สังเกตอาการของภาวะขาดน้ำ เช่น ผิวหนังแห้ง ปากแห้ง กระหายน้ำ เป็นต้น

1.4.5.8 สังเกตอาการของภาวะน้ำเกิน เช่น เทนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ น้ำหนักขึ้น เป็นต้น

1.4.6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก เนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง จากการใส่สายยางเข้าช่องท้อง การปฏิบัติการพยาบาลมีดังนี้

1.4.6.1 ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ ขณะที่ใส่สายหรือมีสายยางอยู่ในช่องท้อง

1.4.6.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวเพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้

1.4.6.3 ดูแลให้ได้รับยาที่ช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ตามแผนการรักษา

1.4.6.4 ลงบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ

1.4.7 ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการ ได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจากสูญเสียโปรตีนในช่วงการดึงน้ำออกและเบื่้อาหาร การปฏิบัติการพยาบาลมีดังนี้

1.4.7.1 ติดตามผลอัลบูมินในเลือด

1.4.7.2 ดูแลให้ได้รับอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น ไข่ นม เนื้อสัตว์ เป็นต้น

1.4.7.3 ประเมินนักโภชนาการ เพื่อตัดแปลงอาหารให้เหมาะสม

1.4.7.4 วางแผนในการล้างไตทางช่องท้อง ให้ผู้ป่วยพักหลังรับประทานอาหาร 1-2 ชั่วโมง ก่อนใส่สายยางเข้าช่องท้อง เพื่อลดอาการแน่นท้องและให้ลำไส้ดูดซึมอาหารได้ดีขึ้น

1.4.7.5 ประเมินน้ำหนักตัวและปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวันทุกวัน

กล่าวโดยสรุป พยาบาลควรให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ด้วยการให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง การสังเกตสิ่งผิดปกติและการแก้ไขเบื้องต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ด้วยตนเอง

**1.5 การพยาบาลเพื่อจัดการอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง**

อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นผลจากพยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลหรือแนะนำผู้ป่วยเพื่อจัดการอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อจัดการอาการมีดังนี้

1.5.1 อาการท้องผูก ควรจัดการอาการด้วยการแนะนำให้บริโภคอาหารที่มีเส้นใยสูงประมาณวันละ 20-35 กรัม เช่น ผัก ผลไม้ และธัญพืช จะช่วยเพิ่มมวลอุจจาระและลดระยะเวลาการเคลื่อนผ่านของอุจจาระภายในลำไส้ หลีกเลี่ยงการดื่มกาแฟ ชา และแอลกอฮอล์ ปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิตโดยการออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ จะช่วยปรับการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้ขับถ่ายได้บ่อย



ขึ้น หลีกเลี้ยงความเครียด ความกดดัน หรือความไม่สบายทางด้านจิตใจ (Slavin, 2008) รวมทั้งการรับประทานยาละลายตามทีแพทย์สั่ง (ช่อสคนธ์ เชาว์ตระกูล, 2549)

1.5.2 อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ควรจัดการด้วยการสังเกตว่าน้ำยาที่ถ่ายออกมาจากช่องท้องว่ามีลักษณะขุ่นหรือมีเยื่อปนหรือไม่ หากพบให้รีบมาโรงพยาบาลพร้อมนำน้ำยาถุงแรกที่พบว่าขุ่น ไปพบแพทย์ทันทีเพื่อรักษาอาการท้องเสีย รวมทั้งแนะนำให้รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ สะอาด ล้างผักและผลไม้สดหลายๆ ครั้ง และปอกเปลือกผลไม้ก่อนรับประทาน (นันทา มหัทธนนท์ และปิยาภรณ์ โทวันนัง, 2556)

1.5.3 อาการเบื่ออาหาร ควรจัดการด้วยการให้คำแนะนำในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ควรบริโภคอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพ เช่น ไข่ขาว ปลา ไก่ เป็นต้น ปรุงรสชาติอาหารให้ถูกปากโดยใช้เครื่องเทศปรุงอาหารและ/หรือเติมเครื่องปรุงรสในอาหารด้วยมะนาวหรือน้ำตาล หลีกเลี้ยงการรับประทานอาหารที่มีแก๊ส เช่น กะหล่ำปลี เครื่องดื่มที่ก่อให้เกิดก๊าซคาร์บอนเนต และเลือกรับประทานอาหารที่ดูน่ารับประทานและมีกลิ่นหอม (กรวรรณ ปานแพ อรวรรณ ศรียุคตศุทธ และรัตนา ชวนะสุนทรพจน์, 2011)

1.5.4 อาการตะคริว ควรจัดการด้วยการเหยียด/เกร็ง/กระดกปลายเท้า บีบ/นวด/กดบริเวณตำแหน่งที่มีอาการ ยืน/ย้ายอยู่กับที่ ใช้น้ำอุ่นคลายกล้ามเนื้อ หรือวางกระเป๋าน้ำร้อนบริเวณที่มีอาการ (สุกัญญา จ้อยกล้า, 2550)

1.5.5 อาการชาบวม อาจเกิดจากภาวะน้ำเกิน ควรจัดการด้วยการชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน ซึ่งน้ำหนักไม่ควรเพิ่มมากกว่าวันละ 1 กิโลกรัม และจำกัดปริมาณน้ำดื่ม ไม่ควรเกินกว่า 500 มิลลิลิตรต่อวัน (นันทา มหัทธนนท์ และปิยาภรณ์ โทวันนัง, 2556)

1.5.6 อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก อาจเกิดจากภาวะน้ำเกิน ควรจัดการด้วยการหลีกเลี้ยงอาหารที่มีรสเค็มและอาหารจำพวกหมักดอง ใช้น้ำยาที่มีความเข้มข้นสูงเพื่อดึงน้ำส่วนเกินออก (นันทา มหัทธนนท์ และปิยาภรณ์ โทวันนัง, 2556) นอนยกศีรษะสูงหรือนอนตะแคง (วนิดา คู่เคียงบุญ, 2551)

1.5.7 อาการปวดศีรษะหรือเวียนศีรษะ อาจเกิดร่วมกับการตรวจพบความดันโลหิตสูงหรือต่ำเกินไป ควรจัดการด้วยการวัดความดันโลหิตซ้ำหลังนั่งพัก 5-10 นาที หากยังพบค่าที่สูงเกิน 190/110 mmHg หรือต่ำกว่า 80/50 mmHg ให้รีบรายงานแพทย์ และจดบันทึกความดันโลหิตทุกวันและนำบันทึกมาทุกครั้งทีแพทย์นัดตรวจ เพื่อประโยชน์ในการปรับยาลดความดันโลหิตให้เหมาะสม (นันทา มหัทธนนท์ และปิยาภรณ์ โทวันนัง, 2556)

1.5.8 อาการอ่อนเพลียหรือไม่มีแรง ควรจัดการด้วยการดูโทรทัศน์หรือฟังเพลง นั่งพักผ่อน รับประทานอาหารหรือนอนหลับช่วงสั้นๆ นอนหลับ คิดในทางที่ดี ดื่มน้ำหวาน รับประทานอาหารที่ชอบ ออก

กำลังกายเบาๆ ทำงานบ้าน อ่านหนังสือหรือฟังธรรมะ ทำสมาธิ นวดตามร่างกาย รับประทานอาหารเสริม ทำงานอดิเรกที่ชอบ รับประทานยาสมุนไพร โยคะ หรือฝังเข็ม (ดวงรัตน์ มนโธสง, 2553)

1.5.9 อาการคัน ควรจัดการด้วยการใช้มือหรือผ้าหรือไม้เกาหลัง เกาเบาๆ บริเวณที่มีอาการ (สุกัญญา จ้อยกล้า, 2550) และดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น เช่น ทาโลชั่น ไม่ใช้สบู่ก้อนอาบน้ำ เป็นต้น (สุรชัย มณีเนตร, 2556)

1.5.10 อาการนอนไม่หลับ ควรจัดการด้วยการแนะนำให้นอนในท่าที่เหมาะสมและสุขสบาย หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ก่อนนอน (Phillips & Danner, 1995) หลีกเลี่ยงอาหารประเภทถั่วและของหมักดองก่อนนอน เพราะจะเกิดแก๊สในกระเพาะอาหารมากขึ้น ทำให้นอนไม่หลับ (ร่มรัตน์ หลีสุข, 2549) หลีกเลี่ยงการดื่มชาและกาแฟก่อนนอน เพราะคาเฟอีนมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาท ทำให้นอนไม่หลับ หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ในตอนเย็นหรือก่อนนอน เพราะเมื่อแอลกอฮอล์ถูกย่อยสลาย ร่างกายจะหลั่งแคทีโคลามีน หัวใจเต้นเร็ว ทำให้นอนไม่หลับ (กุสุมาลย์ รามศิริ, 2543) ควบคุมสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการนอนหลับ เช่น ความสะอาด ความเงียบ แสงสว่างต้องไม่มากหรือน้อยจนเกินไป อากาศเย็นสบายปลอดโปร่งและปราศจากสิ่งรบกวน และไม่ควรรีบหลับในตอนกลางวัน รวมทั้งใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น ดนตรีบำบัด การทำสมาธิ โยคะ การฝึกหายใจด้วยการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อร่วมกับการหายใจ (ร่มรัตน์ หลีสุข, 2549)

1.5.11 อาการซึมเศร้า กลุ้มใจ วิตกกังวล หงุดหงิดหรือโมโหง่าย ควรจัดการด้วยการฝึกลมหายใจแบบสงบ คือ การหายใจโดยใช้กระบังลมและช่องท้องช่วยในการหายใจในจังหวะที่ลึกช้าและสม่ำเสมอ โดยสูดลมหายใจลงไปลึกถึงส่วนล่างของปอด รวมทั้งการออกกำลังกาย การใช้จินตนาการนิภาพในทางบวก จะช่วยให้สมองซีกขวาสั่งงานให้อวัยวะที่อยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุมของจิตใจ เช่น การย่อยอาหาร การเต้นของหัวใจ การหดตัวของหลอดเลือด ทำงานดีขึ้น การนวดหรือสัมผัสส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ เมื่อจิตสงบก็จะคลายความกังวล หายหงุดหงิดฉุนเฉียว กลับมาเป็นคนอารมณ์เย็น แจ่มใส และเป็นสุข (ร่มรัตน์ หลีสุข, 2549)

กล่าวโดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อจัดการอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง พบว่า การศึกษาในอดีตที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมอาการบางส่วนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษากลวิธีการจัดการอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เพื่อบรรเทาหรือทำให้อาการเหล่านั้นหายไป

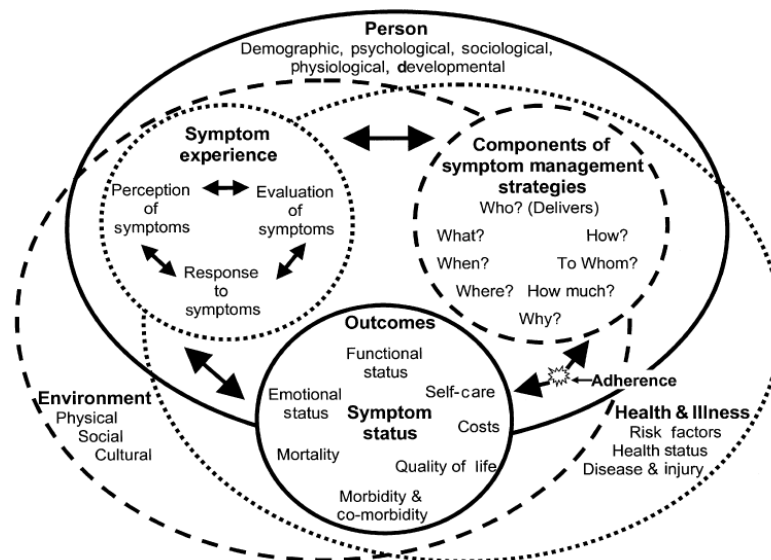
## 2. แบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001)

แบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Larson et al. (1994) ซึ่ง Dodd และคณะได้ปรับปรุงและพัฒนาแบบจำลองนี้ใหม่ โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยต่างๆ ที่ผ่านมา โดยกล่าวว่า อาการซึ่งมีระดับความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงมากนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องไปรับการรักษาจากแพทย์ โดยอาการไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานเท่านั้น แต่ยังรบกวนการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งการจัดการกับอาการนั้นเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยแต่ละคนและสมาชิกในครอบครัว และพบว่าการรักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุตามแนวคิดทางการแพทย์นั้น ไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วย

ข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) มีดังนี้

1. การรับรู้อาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลและเป็นการรายงานด้วยตัวเอง
2. อาการอาจจะยังไม่เกิด แต่บุคคลอาจจะมีประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และได้นำแนวคิดการจัดการอาการไปประยุกต์ใช้ได้
3. บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการ อาจป้องกันการเกิดหรือไม่ให้เกิดอาการเพิ่มขึ้น เช่น งานที่เป็นอันตราย และกลวิธีการจัดการอาการจะเกิดขึ้นก่อนที่บุคคลจะมีประสบการณ์อาการ
4. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้ อาจมีประสบการณ์อาการ และรายงานอาการหรือแปลความโดยครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งถือว่าเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้
5. การจัดการอาการมีเป้าหมายที่บุคคล ครอบครัว หรือสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
6. การจัดการอาการ เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความต้องการของแต่ละบุคคล โดยประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางด้านการพยาบาลของบุคคล ภาวะสุขภาพ/ความเจ็บป่วย หรือสิ่งแวดล้อม

แบบจำลองการจัดการอาการนี้ได้ตระหนักถึง 3 องค์ประกอบ คือ 1) องค์ประกอบด้านบุคคล 2) องค์ประกอบด้านภาวะสุขภาพ/ความเจ็บป่วย และ 3) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อมโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการอาการทั้ง 3 มโนทัศน์ คือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ 2) กลวิธีการจัดการอาการ และ 3) ผลลัพธ์ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แบบจำลองการจัดการอาการ (Symptom Management Conceptual Model)

ที่มา: Dodd et al. (2001)

จากภาพที่ 1 สามารถอธิบายแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ดังนี้

## 2.1 องค์ประกอบของแบบจำลองการจัดการอาการ

2.1.1 องค์ประกอบด้านบุคคล (Person domain) ได้แก่ ลักษณะบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา เป็นต้น ลักษณะทางจิตใจ ลักษณะทางสังคม และลักษณะของสรีรวิทยา ซึ่งมีผลต่อการตอบสนองของอาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล

2.1.2 องค์ประกอบด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย (Health and Illness domain) ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ สภาวะทางสุขภาพ โรค อุบัติเหตุ และการไร้ความสามารถหรือพิการ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

2.1.3 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) ได้แก่ 1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น บริเวณรอบบ้าน ที่ทำงาน และโรงพยาบาล 2) สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 3) ลักษณะทางวัฒนธรรมของสิ่งแวดล้อม เช่น ความเชื่อ การให้คุณค่า และการปฏิบัติที่มีลักษณะเฉพาะ/พิเศษ เป็นต้น สิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้ความเจ็บป่วย และมีผลต่อการเลือกหรือตัดสินใจในการดูแลรักษา

## 2.2 มโนทัศน์หลักของแบบจำลองการจัดการอาการ

2.2.1 ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการที่เกิดขึ้น โดยการประเมินความหมายของอาการและการตอบสนองต่ออาการจะนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินใจจากความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการ

เป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม การเข้าใจสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพื่อที่จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์ประกอบภายในเมโนทัศน์ประสบการณ์อาการมีความสัมพันธ์กันทั้งสองทางระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับอาการและการประเมินอาการ การประเมินอาการกับการตอบสนองต่ออาการ และการตอบสนองต่ออาการกับการรับรู้ต่ออาการ ประสบการณ์การมีอาการประกอบด้วย การรับรู้อาการ (perception of symptoms) การประเมินอาการ (evaluation of symptoms) และการตอบสนองต่ออาการ (response to symptoms) โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1.1 การรับรู้อาการ (perception of symptoms) หมายถึง การที่บุคคลซึ่งรู้สึกตัว แผลความผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยรู้สึกหรือปฏิบัติ เมโนทัศน์ภายในของประสบการณ์อาการจะมีการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านบุคคลหรือการรักษา

2.2.1.2 การประเมินอาการ (evaluation of symptoms) ซึ่งการประเมินอาการจะมีความซับซ้อนจากปัจจัยประสบการณ์อาการ โดยการประเมินอาการจะประเมินในเรื่องความรุนแรง ตำแหน่งของอาการที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวหรือเกิดขึ้นแบบเรื้อรัง ความถี่ ผลกระทบที่เกิดขึ้น และภาวะคุกคามจากอาการ

2.2.1.3 การตอบสนองต่ออาการ เป็นการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจวัฒนธรรม สังคม และพฤติกรรม โดยอาจจะมีการตอบสนองของอาการที่เกิดขึ้นเพียงหนึ่งอาการหรือมากกว่าหนึ่งอาการ และมีทั้งการตอบสนองที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการ และการตอบสนองในระยะยาว

2.2.2 กลวิธีการจัดการอาการ (symptom management strategies) เป็นวิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติเมื่อมีอาการเกิดขึ้น เพื่อเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ โดยอาจมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ โดยการใช้กลวิธีในการดูแลตนเอง การใช้ยา หรือการอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ กลวิธีการจัดการอาการเกิดจากการรับรู้ของผู้ป่วย เริ่มด้วยการประเมินประสบการณ์อาการจากการรับรู้ของแต่ละบุคคล เพื่อนำไปสู่กลวิธีการจัดการอาการ ซึ่งการจัดการอาการเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาหรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วย กลวิธีการจัดการมีความเฉพาะเจาะจงว่าจะใช้กลวิธีอะไร (what) ใช้เมื่อไหร่ (when) ที่ไหน (where) ทำไม (why) มากน้อยเท่าไร (how much/ intervention dose) กับใคร/ผู้รับการปฏิบัติ (whom) และใช้อย่างไร (how/delivered)

2.2.3 ผลลัพธ์ (outcome) เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีการจัดการอาการ แบบจำลองการจัดการอาการฉบับที่พัฒนาขึ้นใหม่นี้ มีผลลัพธ์ที่บ่งชี้หรือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพอยู่ 8 ปัจจัย คือ 1) ค่าใช้จ่าย (cost) โดยจะรวมถึงรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพหรือเงินทดแทนจากการทำงาน รายได้ที่ลดลงจากรายจ่ายที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ทำให้

เสียโอกาสในการทำงาน 2) สภาวะอารมณ์ (emotional status) ดีขึ้นหรือแย่ลง 3) มีการดูแลตนเองเป็นอย่างไร (self-care) 4) ภาวะการทำหน้าที่ (functional status) ดีขึ้นหรือไม่ 5) คุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นอย่างไร 6) อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม (morbidity and comorbidity) เป็นอย่างไร 7) อัตราการตาย (mortality) เพิ่มขึ้นหรือไม่ และ 8) สภาวะอาการ (symptom status) เป็นอย่างไร โดยผลลัพธ์ทั้งหมดนี้อาจมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกัน เมื่อการรักษาอาการประสบผลสำเร็จและคืนสู่ภาวะปกติ การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องมีความจำเป็นต่อการควบคุมการเกิดอาการซึ่งอาจเกิดขึ้นได้อีก

กล่าวโดยสรุป ผู้วิจัยนำแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เพราะเป็นแบบจำลองที่ทำให้ผู้วิจัยทราบได้ตั้งแต่ผู้ป่วยจะรับรู้อาการหรือสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองด้วยการประเมินอาการดังกล่าวจนตอบสนองออกมาให้เห็นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการจัดการอาการต่างๆ เพื่อให้อาการนั้นหายไปหรือบรรเทาลง ซึ่งประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีการจัดการอาการเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพราะจะทำให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วยได้

### 3. ประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

#### 3.1 ความหมายของอาการ

Pennebaker (1982) ให้ความหมายว่า อาการทางกาย หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึก หรือความเชื่อเกี่ยวกับสภาวะของร่างกาย

Sherbourne, Allen, Kamberg, and Wells (1992) ให้ความหมายว่า อาการทางกาย-จิตใจ หมายถึง อาการที่มีสาเหตุมาจากภาวะสุขภาพจิต หรืออาการที่ไม่ใช่อาการทางกายที่ชัดเจน หรืออาการที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากทางกายหรือทางใจอย่างชัดเจน (อ้างถึงใน Wilson & Cleary, 1995)

Wilson and Cleary (1995) ให้ความหมายว่า อาการ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อความผิดปกติด้านร่างกาย อารมณ์ และสติปัญญา (cognitive)

Lenz et al. (1997) ให้ความหมายว่า อาการ หมายถึง สิ่งที่มีความสำคัญมากต่อการดูแลสุขภาพ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้จากประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับความผิดปกติของร่างกายว่ามีการคุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งอาการประกอบด้วย 4 มิติ คือ มิติความรุนแรง (intensity) มิติเวลา (timing) มิติความทุกข์ทรมาน (distress) และมิติคุณลักษณะของอาการ (quality) ดังนี้

1) มิติความรุนแรง (intensity) หมายถึง ความรุนแรง (severity) หรือความแรง (strength) เป็นมิติที่นิยมใช้กันมากในทางคลินิกและการวิจัย เนื่องจากเป็นสิ่งที่วัดได้ง่าย ผู้ป่วยจะถูกประเมินอาการในมิตินี้ด้วยตัวอย่างคำถาม เช่น “ปวดมากแค่ไหน” “เหนื่อยมากแค่ไหน”

2) มิติเวลา (timing) หมายถึง ความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นเป็นระยะ (intermittent) หรือเป็นช่วงความยาวนาน (duration) ของอาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรือมีความหมายรวมทั้งความถี่และช่วงความยาวนาน ซึ่งอาการเกิดขึ้นเป็นระยะๆ แต่ต่อเนื่องกันเป็นเวลานานจนกระทั่งเรื้อรัง แต่อย่างไรก็ตามความรุนแรงในการเกิดอาการแต่ละครั้งก็จะแตกต่างกันไป โดยอาจมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นก็ได้ มิติด้านนี้ยังมีความหมายรวมไปถึงกิจกรรมหรือช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องกับอาการ เช่น อาการคลื่นไส้ที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับมื้ออาหาร เป็นต้น

3) มิติความทุกข์ทรมาน (distress) หมายถึง ความลำบากของบุคคลจาก อาการ ระดับความทุกข์ทรมานหรือการรบกวนที่เกิดขึ้นนี้มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล มิติด้านนี้มีผลต่อการแสวงหาการบำบัดหรือการรักษาเพื่อรักษาบรรเทาอาการนั้น รวมทั้งมีผลต่อการจัดการอาการของผู้ป่วยเอง จัดเป็นมิติที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมากที่สุด

4) มิติคุณลักษณะของอาการ (quality) หมายถึง สิ่งที่สามารถรายงานออกมาในลักษณะของคำพูดที่ใช้อธิบายลักษณะของอาการนั้น เช่น อธิบายอาการหายใจลำบาก ในลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น อึดอัด แน่นหน้าอก หรือหายใจไม่พอ เป็นต้น รวมถึงการเกิดร่วมกันของอาการ หมายถึง อาการแต่ละอาการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน เมื่อมีอาการหนึ่งเกิดขึ้น อาการนี้จะเหนี่ยวนำให้อาการอื่นตามมา คุณลักษณะของอาการมีความหมายรวมไปถึงตำแหน่ง ระดับความรุนแรงของอาการ กิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถบรรเทาอาการนั้นได้ มีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการแยกแยะพยาธิสภาพของโรคที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการ และการตั้งข้อวินิจฉัยทั้งทางการแพทย์และพยาบาล

van Wijk and Kolk (1997) ให้ความหมายว่า อาการ ไม่ได้หมายถึงการเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ยังหมายถึงความรู้สึกภายในที่ผู้ป่วยรับรู้ในทางลบ ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละคนทั้งในแง่ของรายละเอียดและแนวความคิด (informational and conceptual)

Aronowitz (2001) ให้ความหมายว่า อาการ หมายถึง ประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งร่างกายหรือจิตใจ ส่วนใหญ่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง

Dodd et al. (2001) ให้ความหมายว่า อาการ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ด้านชีวิตสังคม ด้านการรับรู้ หรือด้านสติปัญญา

Barsevick, Whitmer, Nail, Beck, and Dudley (2006) ให้ความหมายว่า อาการ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่มีต่อโรคหรือความผิดปกติของร่างกาย

Jablonski (2007) ให้ความหมายว่า อาการ หมายถึง ปรากฏการณ์ที่เป็นสัญญาณบ่งถึงความเปลี่ยนแปลงในร่างกายและบุคคลมีการรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่มีผลคุกคามต่อสุขภาพ

Ordin, Karayurt, and Cilengiroglu (2013) ให้ความหมายว่า อาการ หมายถึง สิ่งที่ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านสติปัญญาและด้านอารมณ์ ซึ่งด้านสติปัญญาจะวัดในมิติของความถี่ (frequency) และความรุนแรง (severity) ของอาการที่เกิดขึ้น ส่วนด้านอารมณ์ หมายถึง ความรู้สึกโกรธหรือทุกข์ทรมานจากอาการนั้นที่เรียกว่าอาการรบกวน (symptom distress)

Almutary, Douglas, and Bonner (2016) ให้ความหมายว่า อาการ หมายถึง การรับรู้ส่วนบุคคลที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการประเมินอาการและจัดการกับอาการนั้นๆ

กล่าวโดยสรุป อาการ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 4 มิติ คือ มิติความรุนแรง (intensity) มิติเวลา (timing) มิติความทุกข์ทรมาน (distress) และมิติคุณลักษณะของอาการ (quality)

### 3.2 ความหมายของประสบการณ์การมีอาการ

Dodd et al. (2001) ให้ความหมายว่า ประสบการณ์การมีอาการ หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีต่ออาการที่เกิดขึ้น โดยการประเมินความหมายของอาการและการตอบสนองต่ออาการจะนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากความปกติในสิ่งที่บุคคลนั้นเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยประเมินและตัดสินจากความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม ซึ่งประสบการณ์การมีอาการประกอบด้วย การรับรู้อาการ หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้และรู้สึกว่าร่างกายหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การประเมินอาการ หมายถึง การที่บุคคลมีการพิจารณาถึงความรุนแรงของอาการ สาเหตุ ตำแหน่ง ความถี่ และผลกระทบต่อการทำงานชีวิต และการตอบสนองต่ออาการ หมายถึง การที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น

Armstrong (2003) ให้ความหมายว่า ประสบการณ์การมีอาการ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความถี่ ความรุนแรง การรบกวน และความหมายของอาการดังที่บุคคลนั้นแสดงออกมา สิ่งที่เกิดขึ้นก่อนประสบการณ์การมีอาการ หมายถึง ลักษณะทางกายภาพ โรค และปัจจัยส่วนบุคคล ผลที่ตามมาของประสบการณ์การมีอาการ หมายถึง ผลกระทบที่มีต่อสภาวะอารมณ์ จิตใจ ภาวะการทำหน้าที่ คุณภาพชีวิต ความก้าวหน้าของโรค และการรอดชีวิต

Posey (2006) ให้ความหมายว่า ประสบการณ์การมีอาการ หมายถึง การรับรู้อาการและความรู้สึกที่มีต่ออาการของบุคคลนั้น ซึ่งเป็นการเข้าใจของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับการประเมินอาการและตอบสนองต่ออาการนั้นๆอย่างไร ประสบการณ์การมีอาการจะเน้นที่อาการที่เกิดขึ้นจริงหรือประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อกลุ่มอาการนั้น



กล่าวโดยสรุป ประสบการณ์การมีอากาศ หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีต่อความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การรับรู้อากาศ การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการ โดยการรับรู้อากาศ คือ การที่บุคคลรู้สึกว่าร่ากายหรือพฤติกรรมของตนเองเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การประเมินอาการ คือ การที่บุคคลมีการพิจารณาถึงความรุนแรงของอาการสาเหตุ ตำแหน่ง ความถี่ และผลกระทบต่อการทำงานในชีวิต ส่วนการตอบสนองต่ออาการ คือ การที่บุคคลมีการแสดงออกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรมต่ออาการที่เกิดขึ้น

### 3.3 ประสบการณ์การมีอากาศของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

ประสบการณ์การมีอากาศของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักเริ่มปรากฏอาการต่างๆ เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตอยู่ระหว่าง 30-59 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> หรือเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (Agarwal, 2010; Lee & Jeon, 2015) และอาการจะยิ่งปรากฏมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> หรือเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เนื่องจากไตมีอัตราการกรองของเสียลดลง และมีการคั่งของของเสียในร่างกายเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ในร่างกาย (ไตรรักษ์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543) ซึ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นวิธีแรก เพราะเป็นวิธีที่ให้ผลดีทางคลินิกและช่วยในการปรับสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายให้ดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องก็ยังไม่สามารถทดแทนการทำงานของไตได้ทั้งหมด และยังเป็น การนำสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย ทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองเป็นผลให้เกิดอาการต่างๆ ที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายและรบกวนต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้ (ศุภชัย ฐิติอาชากุล, 2544) จาก การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องพบว่าผู้ป่วยมีอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น 39 อาการ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ อาการด้านร่างกาย 31 อาการ และอาการด้านจิตใจ 8 อาการ (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013; Davison et al., 2006; Figueiredo et al., 2012; Yong et al., 2009; สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552) ดังนี้

#### 3.3.1 อาการด้านร่างกาย มีทั้งหมด 31 อาการ ดังนี้

3.3.1.1 อาการอ่อนเพลีย เกิดได้จากหลายสาเหตุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น มีของเสียคั่งในร่างกาย ภาวะซีด นอนหลับไม่เพียงพอ ความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยง่าย ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง และหยุดพักบ่อยขณะทำกิจกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพแย่ลง (Macdonald, Fearn, Jibani, & Marcora, 2012) อาการอ่อนเพลีย พบได้ร้อยละ 73.80-87.80 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013; Davison et al., 2006; Figueiredo et al., 2012; Yong et al., 2009; สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552) โดยมีความถี่

ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับปานกลาง (สว่างวรรณ พิทยานุमान, 2552) จากการศึกษาของ Bonner, Wellard, and Caltabiano (2010) พบว่า อาการอ่อนเพลียมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาพรวมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การใช้ชีวิตในครอบครัว การเข้าสังคม และการออกกำลังกาย และมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แสดงให้เห็นว่า อาการอ่อนเพลียส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตลดลง

3.3.1.2 อาการคัน เกิดจากการสะสมยูเรีย (uremic frost) ที่ผิวหนัง ทำให้ผิวหนังแห้งและแตกเป็นสะเก็ด ประกอบกับต่อมน้ำมันและต่อมเหงื่อลีบฝ่อลงทำให้ไม่มีการขับเหงื่อ เกิดกระบวนการ calcium-phosphate precipitation ตกผลึกที่ผิวหนังกระตุ้นให้มีการหลั่ง histamine ทำให้เกิดอาการคัน (Berger & Steinhoff, 2011) บางครั้งผู้ป่วยรู้สึกคันมาก ทำให้เกาจนกลายเป็นแผล ผู้ป่วยจึงมีความไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (ปกครอง แสงโคตร, 2554) พบได้ร้อยละ 45.80-84.00 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013; Davison et al., 2006; Figueiredo et al., 2012; Yong et al., 2009; สว่างวรรณ พิทยานุमान, 2552) มีความถี่และความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานุमान, 2552)

3.3.1.3 อาการนอนไม่หลับ เกิดในผู้ป่วยที่ซึมเศร้าร่วมด้วย ทำให้ระดับฮอร์โมน oxytocin สูงขึ้น และทำลายสารสื่อประสาท คือ noradrenaline และ serotonin ที่ช่วยให้ผ่อนคลายและนอนหลับได้ (Cohen, Patel, Khetpal, Peterson, & Kimmel, 2007) พบได้ร้อยละ 52.00-75.00 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013; Figueiredo et al., 2012; Yong et al., 2009; สว่างวรรณ พิทยานุमान, 2552) โดยความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับปานกลาง (สว่างวรรณ พิทยานุमान, 2552)

3.3.1.4 อาการผิวแห้ง เกิดจากมีเกล็ดยูเรีย (uremic frost) เกาะอยู่ที่ผิวหนังทำให้มีอาการผิวแห้งแห้งและแตกสะเก็ด เนื่องจากต่อมน้ำมันและต่อมเหงื่อลีบฝ่อลง ทำให้ไม่มีการขับเหงื่อเกิดขึ้น ซึ่งอาการผิวแห้งก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่อผู้ป่วย (Kuypers, 2009) พบได้ร้อยละ 47.00-63.50 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013; Yong et al., 2009; สว่างวรรณ พิทยานุमान, 2552) โดยมีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับปานกลาง (สว่างวรรณ พิทยานุमान, 2552)

3.3.1.5 อาการตะคริว เกิดจากต่อมไทรอยด์ทำงานมากกว่าปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ เกิดการเปลี่ยนแปลงของการเหนี่ยวนำสัญญาณประสาทของกล้ามเนื้อ เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อได้ (ธันันดา ตระการวิช, 2551) พบได้ร้อยละ 39.60-73.17 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013; Figueiredo et al., 2012; Yong et al., 2009) มีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับปานกลาง (สว่างวรรณ พิทยานุमान, 2552)

3.3.1.6 อาการปากแห้ง เกิดจากมีการอุดตันของท่อน้ำลายทำให้เยื่อช่องปากแห้ง ซึ่งอาการปากแห้ง พบได้ร้อยละ 45.50-64.50 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013; Yong et al., 2009; สว่างวรรณ พิทยานุฎมาน, 2552) โดยมีความถี่ของอาการอยู่ในระดับปานกลาง ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานุฎมาน, 2552)

3.3.1.7 อาการปวด อาจเกิดจากการคั่งของของเสียและความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ ทำให้เคลื่อนไหวร่างกายไม่สะดวก (ธนันดา ตระการวินิช, 2551) พบได้ร้อยละ 38.00-66.00 (Abdel-Kader et al., 2009; Davison et al., 2006; Yong et al., 2009) มีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับปานกลาง (เพ็ญศรี จิตต์จันทร์ และคณะ, 2554)

3.3.1.8 อาการเบื่ออาหาร เกิดจากสารยูเรียในน้ำลาย ความไม่สะอาดของปากและฟัน เอนไซม์ในน้ำลายเปลี่ยนยูเรียเป็นแอมโมเนีย จึงหายใจมีกลิ่นแอมโมเนีย รู้สึกขมในปาก การรับรสลดลง หากมีอาการเยื่อปากแห้งร่วมด้วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารลดลงและเบื่ออาหาร (รวิวรรณ พงศ์พิฒพัชร อรวรณ ศรียุกตศุทธ จงจิต เสนุหา และนพพร ว่องสิริมาศ, 2556) อาการเบื่ออาหาร พบได้ร้อยละ 32.00-63.41 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013; Davison et al., 2006) โดยมีความถี่ของอาการอยู่ในระดับปานกลาง ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานุฎมาน, 2552)

3.3.1.9 อาการเหงื่อออกน้อยผิดปกติ อาจเกิดจากมีเกลือยูเรีย (uremic frost) เกาะอยู่ที่ผิวหนังทำให้มีอาการผิวหนังแห้งและแตกสะเก็ด เนื่องจากต่อมไขมันและต่อมเหงื่อลีบฝ่อลง ทำให้ไม่มีการขับเหงื่อเกิดขึ้น (Kuypers, 2009) พบได้ร้อยละ 50.00 มีความถี่ของอาการอยู่ในระดับปานกลาง ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานุฎมาน, 2552)

3.3.1.10 อาการง่วงนอน เกิดจากภาวะยูรีเมียทำให้การทำงานของเอนไซม์ sodium-potassium activated adenosine triphosphate ลดลง ทำให้รู้สึกง่วงนอน (รวิวรรณ พงศ์พิฒพัชร และคณะ, 2556) พบได้ร้อยละ 27.00-77.00 (Almutary et al., 2013; Davison et al., 2006) มีความถี่ของอาการอยู่ในระดับปานกลาง ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานุฎมาน, 2552)

3.3.1.11 อาการชาปลายมือปลายเท้า เกิดจากเส้นประสาทเสื่อมจากของเสียคั่งร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ ภาวะโลหิตจางและการเพิ่มขึ้นของระดับแคลเซียมในเลือด โดยผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการร้อนที่เท้าและกตเจ็บ ขยับเท้าอยู่ตลอดเวลา ต่อมาจะมีอาการชา ผู้ป่วยมักเดินเท้าห่างทำให้การทรงตัวไม่ดี รู้สึกรำคาญและรบกวนการนอนหลับ (Cheikh Hassan, Brennan, Collett, Josland, & Brown, 2015) พบได้ร้อยละ 30.00-62.00 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013; Yong et al., 2009; สว่างวรรณ พิทยานุฎมาน, 2552) มีความถี่ของอาการอยู่ในระดับปานกลาง ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานุฎมาน, 2552)

3.3.1.12 อาการปวดแน่นท้อง อาจเกิดจากขณะปล่อยน้ำยาออกจากท้องใกล้จะหมด ปลายสายท่อล้างไตในช่องท้องไปสัมผัสผนังเยื่อช่องท้อง หรืออาจเกิดจากการที่ปล่อยน้ำยาค้างไว้ใน ช่องท้องเป็นระยะเวลาานาน (สุภร บุษปวนิช และคณะ, 2552) พบได้ร้อยละ 27.60-58.50 (Figueiredo et al., 2012; Yong et al., 2009; สว่างวรรณ พิทยานุมาาน, 2552) โดยมีความถี่และ ความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับปานกลาง ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อย (สว่าง วรรณ พิทยานุมาาน, 2552)

3.3.1.13 อาการเวียนศีรษะ อาจเกิดจากภาวะซีดและของเสียคั่ง (ธนนดา ตระการวณิช, 2551) พบได้ร้อยละ 36.60-54.00 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013; Yong et al., 2009) โดยมีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานุมาาน, 2552)

3.3.1.14 อาการปวดศีรษะ เกิดจากการคั่งของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย และมีการ กระตุ้น renin-angiotensin-aldosterone system (RASS) ให้หลั่ง renin ที่เป็นตัวควบคุมการเพิ่ม และลดความดันโลหิตให้เพิ่มสูงขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูง และปวดศีรษะได้ (โศภณ นภาธร, 2542) พบได้ร้อยละ 26.00-53.00 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013) โดยมีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานุมาาน, 2552)

3.3.1.15 อาการหายใจเหนื่อย เกิดจากการคั่งของน้ำและของเสียในร่างกาย ทำให้ ผู้ป่วยต้องออกแรงในการหายใจและใช้กล้ามเนื้ออื่นๆ ช่วยในการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย และสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันลดลง (ธนนดา ตระการวณิช, 2551) อาการ หายใจเหนื่อย พบได้ร้อยละ 23.00-58.540 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013; Davison et al., 2006; Figueiredo et al., 2012; สว่างวรรณ พิทยานุมาาน, 2552) โดยมีความถี่ และความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อย ส่วนความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับปานกลาง (สว่างวรรณ พิทยานุมาาน, 2552)

3.3.1.16 อาการท้องผูก อาจเกิดจากการได้รับยา calcium carbonate การถูกจำกัด น้ำและอาหารที่มีกากใยสูง การเคลื่อนไหวของลำไส้ผิดปกติ (วัลลา ตันตโยทัย และประคอง อินทรสมบัติ, 2543) อาการท้องผูก พบได้ร้อยละ 26.00-56.50 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013; Figueiredo et al., 2012; Yong et al., 2009; สว่างวรรณ พิทยานุมาาน, 2552) โดยมีความถี่ของอาการอยู่ในระดับปานกลาง ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานุมาาน, 2552)

3.3.1.17 อาการปวดกระดูกและข้อ เกิดจากการสะสมของ  $\beta$ -2 microglobulin amyloid และความผิดปกติของการสลายแคลเซียมในกระดูกจากความผิดปกติของฮอร์โมนพารา ไทรอยด์ (สินธุ์วิสุทธิ์ สุธีชัย และพัชราภรณ์ สุดชาฎา, 2555) อาการปวดกระดูกและข้อ พบได้ร้อยละ

33.00-41.00 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013) โดยมีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552)

3.3.1.18 อาการผมร่วน เกิดจากการจำกัดอาหารประเภทโปรตีน ทำให้ร่างกายขาดสารอาหารประเภทสังกะสีที่มีความจำเป็นต่อการเจริญเติบโตของเส้นผม ทำให้เกิดอาการผมร่วนได้ (Williams, 2013) พบได้ร้อยละ 37.00 โดยมีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552)

3.3.1.19 อาการไอ อาจเกิดจากการได้รับยาควบคุมระดับความดันโลหิต เช่น ยากลุ่ม Angiotensin-converting enzyme inhibitors หรือ Beta-adrenergic blocking ซึ่งมีผลกระตุ้นให้เกิดการตีบของหลอดเลือด ทำให้เกิดอาการไอได้ หรืออาจเกิดจากการล้างไตทางช่องท้องทำให้เกิดแรงดันภายในช่องท้องเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดกรดไหลย้อน กระตุ้นให้เกิดอาการไอได้ (Tarlo, 2006) พบได้ร้อยละ 31.00-42.50 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013; Yong et al., 2009; สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552) โดยมีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552)

3.3.1.20 อาการบวมที่หน้าและแขนขา เกิดจากการคั่งของน้ำและของเสียในร่างกาย ทำให้บวมที่ใบหน้า มือ และเท้าได้ (วัลลา ตันตโยทัย และประคอง อินทรสมบัติ, 2543) อาการบวมที่หน้าและแขนขา พบได้ร้อยละ 24.00-64.50 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013; Yong et al., 2009) โดยมีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับปานกลาง (สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552)

3.3.1.21 อาการความต้องการทางเพศลดลง เกิดจากผู้ป่วยเพศหญิงจะมีระดับของ progesterone ต่ำ ทำให้มีรอบเดือนไม่สม่ำเสมอ ส่วนผู้ป่วยเพศชายจะมีระดับ testosterone ต่ำ ทำให้จำนวนสเปิร์มน้อยและการเคลื่อนไหวลดลง ขนาดอวัยวะเล็กและเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (โสภณ นภทร, 2542) พบได้ร้อยละ 23.00-43.00 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013; Yong et al., 2009; สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552) โดยมีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552)

3.3.1.22 อาการมีกลิ่นปาก เกิดจากสารยูเรียในน้ำลาย ความไม่สะอาดของปากและฟัน แบคทีเรียในช่องปาก และเอนไซม์ในน้ำลายเปลี่ยนยูเรียเป็นแอมโมเนีย จึงหายใจมีกลิ่นแอมโมเนีย และทำให้มีกลิ่นปาก (รวีวรรณ พงศ์พุฒิพัชร และคณะ, 2556) อาการมีกลิ่นปาก พบได้ร้อยละ 33.60 (Abdel-Kader et al., 2009)

3.3.1.23 อาการกล้ามเนื้อกระตุก อาจเกิดจากการล้างไตทางช่องท้อง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ ร่างกายจะตอบสนองด้วยการเกิด vasoconstriction และเกิดการถ่ายเทเลือดสู่ส่วนกลาง ทำให้เลือดไปเลี้ยงที่กล้ามเนื้อน้อยลง เกิด

tissue hypoxia นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงสมดุลของแคลเซียมและโพแทสเซียมก็มีส่วนที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการเหนี่ยวนำสัญญาณประสาทของกล้ามเนื้อและเกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้รู้สึกเกิดกล้ามเนื้อกระตุก เจ็บปวดและตึงกล้ามเนื้อได้ (สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552) พบได้ร้อยละ 32.00-33.00 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013)

3.3.1.24 อาการคลื่นไส้ เกิดจากไตไม่สามารถขับของเสียออกได้ เพราะมียูเรียในเลือดสูงจึงเกิดของเสียคั่ง (Edward & Zawada, 2001) อาการคลื่นไส้ พบได้ร้อยละ 22.40-47.00 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013; Davison et al., 2006; Yong et al., 2009; สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552) โดยมีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552)

3.3.1.25 อาการขากระตุก เกิดจากเส้นประสาทเสื่อมจากของเสียคั่งและการเพิ่มขึ้นของระดับแคลเซียมในเลือด ทำให้มีร็อนที่เท้า กดเจ็บ ขยับเท้าอยู่ตลอดเวลา (Cheikh Hassan et al., 2015) อาการขากระตุก พบได้ร้อยละ 12.70-39.00 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013) โดยมีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552)

3.3.1.26 อาการอาเจียน เกิดจากไตไม่สามารถขับของเสียออกได้ จึงเกิดภาวะของเสียคั่ง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคลื่นไส้ และอาเจียนหลังตื่นนอน (Edward & Zawada, 2001) พบได้ร้อยละ 13.00-39.00 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013) โดยมีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552)

3.3.1.27 อาการท้องเสีย อาจเกิดจากการติดเชื้อในช่องท้องจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (สุกร บุษปวนิช และคณะ, 2552) พบได้ร้อยละ 17.50-25.00 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013; สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552) โดยมีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552)

3.3.1.28 อาการเจ็บแน่นหน้าอก เกิดจากการมีภาวะน้ำเกินและหัวใจล้มเหลวร่วมกับมีการรั่วของน้ำออกจากหลอดเลือดฝอยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับระดับโปรตีนในเลือดต่ำ และมีการจำกัดโปรตีนด้วย ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก ฟังเสียงปอดได้ยินเสียง crepitation หรือ wheezing ไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู ซิฟจรเบาเร็ว ตัวเย็นขึ้น ผิวหนังมีสีเขียวและกระสับกระส่าย (โสภณ นภธร, 2542) พบได้ร้อยละ 23.50-29.90 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013; Yong et al., 2009) โดยมีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552)

3.3.1.29 อาการการรับรสเปลี่ยน เกิดจากเอนไซม์ในน้ำลายเปลี่ยนยูเรียในน้ำลายให้เป็นแอมโมเนีย จึงหายใจมีกลิ่นแอมโมเนีย รู้สึกขมในปาก การรับรสเปลี่ยนแปลง (รวีวรรณ พงศ์พุฒิพัชร

อรรมน ศรียุกต์ศุทธ จงจิต เสน่หา และนพพร ว่องสิริมาศ, 2556) พบได้ร้อยละ 18.00-19.40 (Yong et al., 2009; สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552) โดยมีความถี่และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับน้อย ส่วนความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง (สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552)

3.3.1.30 อาการสูญเสียการได้ยิน เนื่องจากหูชั้นในและไตมีเนื้อเยื่อที่มีโครงสร้างและการทำหน้าที่คล้ายคลึงกัน ดังนั้นเมื่อเกิดภาวะของเสียคั่งในไต ของเสียจะสร้างความเสียหายต่อเนื้อเยื่อและเส้นประสาทของหูชั้นในได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสูญเสียการได้ยินได้ (National Kidney Foundation, 2010) อาการสูญเสียการได้ยิน พบได้ร้อยละ 18.70 (Yong et al., 2009)

3.3.1.31 อาการกลืนลำบาก อาจเกิดจากการที่ไตไม่สามารถขับของเสียออกได้จากการมียูเรียในกระแสเลือดสูงทำให้เกิดของเสียคั่ง ร่วมกับการมีภาวะกรดไหลย้อนที่เป็นภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้อง เป็นผลให้เกิดอาการกลืนลำบากได้ พบได้ร้อยละ 9.50 โดยมีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552)

### 3.3.2 อาการด้านจิตใจ มีทั้งหมด 8 อาการ ดังนี้

3.3.2.1 อาการวิตกกังวล เกิดจากการรับรู้ภาวะสุขภาพที่แย่ลง การเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ พบได้ร้อยละ 31.00-47.00 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013; Davison et al., 2006) มีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552)

3.3.2.2 อาการหงุดหงิด/ไม่พอใจ พบได้ร้อยละ 30.50-37.00 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013; สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552) มีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552)

3.3.2.3 อาการเสียใจ พบได้ร้อยละ 33.00-36.00 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013)

3.3.2.4 อาการขาดสมาธิหรือหลงลืมง่าย พบได้ร้อยละ 27.00-38.50 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013; สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552) มีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552)

3.3.2.5 อาการซึมเศร้า อาจเกิดจากผู้ป่วยมีความเครียดจากการต้องดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร และการรับประทานยาจำนวนมาก (เพ็ญศรี จิตต์จันทร์ และคณะ, 2554) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวังหมดกำลังใจ เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หาย อาจมีพฤติกรรมแยกตัว ไม่สนใจบุคคลและสิ่งรอบข้าง (รัศมี บัณณสิทธิ์รัตน์, 2552) พบได้ร้อยละ 23.00-38.50 (Davison et al., 2006; สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552) มีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552)

3.3.2.6 อาการกระวนกระวาย พบได้ร้อยละ 19.00-29.00 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013; สว่างวรรณ พิทยานุฎมาน, 2552) มีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับน้อย (สว่างวรรณ พิทยานุฎมาน, 2552)

3.3.2.7 อาการกระสับกระส่าย พบได้ร้อยละ 26.00-29.00 (Abdel-Kader et al., 2009; Almutary et al., 2013)

3.3.2.8 อาการรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ เกิดจากผู้ป่วยจะต้องมีสายและอุปกรณ์ที่หน้าท้อง มีน้ำยาค้างในช่องท้องเป็นจำนวนมากตลอดทั้งกลางวันและกลางคืน มีท้องโต ทำให้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยจะรู้สึกอับอายจนต้องพยายามเก็บซ่อนสายและถุงน้ำยาไว้ในกระเป๋าเสื้อหรือกางเกง (สุมาพร บรรณสาร, 2545) พบได้ร้อยละ 21.00 (สว่างวรรณ พิทยานุฎมาน, 2552)

กล่าวโดยสรุป อาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้เป็นประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถรับรู้อาการได้ทั้ง 4 มิติ คือ มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนแสวงหาวิธีจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้อาการเหล่านั้นบรรเทาลงหรือหายไป

**ตารางที่ 1** สรุปอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

อาการ	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง					
	Davison (2006)	Abdel-Kader (2009)	Yong (2009)	Figueiredo (2012)	Almutary (2013)	สว่างวรรณ (2552)
	9 อาการ	29 อาการ	20 อาการ	8 อาการ	29 อาการ	33 อาการ
<b>ด้านร่างกาย</b>	7 อาการ	23 อาการ	20 อาการ	8 อาการ	24 อาการ	27 อาการ
1. เหนื่อยล้า	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. คับ	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. เบื่ออาหาร	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4. คลื่นไส้	✓	✓	✓	-	✓	✓
5. หายใจเหนื่อย	✓	✓	-	✓	✓	✓
6. นอนไม่หลับ	-	✓	✓	✓	✓	✓
7. ตะคริว	-	✓	✓	✓	✓	✓
8. ท้องผูก	-	✓	✓	✓	✓	✓
9. ผิวแห้ง	-	✓	✓	-	✓	✓
10. ปากแห้ง	-	✓	✓	-	✓	✓



## ตารางที่ 1 (ต่อ)

อาการ	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง					
	Davison (2006)	Abdel-Kader (2009)	Yong (2009)	Figueiredo (2012)	Almutary (2013)	สว่างวรรณ (2552)
11. ชาปลายมือ ปลายเท้า	-	√	√	-	√	√
12. เวียนศีรษะ	-	√	√	-	√	√
13. ไอ	-	√	√	-	√	√
14. บวมที่หน้า แขนและขา	-	√	√	-	√	√
15. ความต้องการ ทางเพศลดลง	-	√	√	-	√	√
16. ขากระตุก	-	√	√	-	√	√
17. เจ็บแน่นหน้าอก	-	√	√	-	√	√
18. ปวด	√	-	√	-	√	-
19. ง่วงนอน	√	-	-	-	√	√
20. ปวดแน่นท้อง	-	-	√	√		√
21. ปวดศีรษะ	-	√	-	-	√	√
22. ปวดกระดูก/ข้อ	-	√	-	-	√	√
23. อาเจียน	-	√	-	-	√	√
24. ท้องเสีย	-	√	-	-	√	√
25. กล้ามเนื้อระบม	-	√	-	-	√	-
26. การรับรสเปลี่ยน	-	-	√	-	-	√
27. มีกลิ่นปาก	-	√	-	-	-	-
28. สูญเสียการได้ยิน	-	-	√	-	-	-
29. กลืนลำบาก	-	-	-	-	-	√
30. เหงื่อออกน้อย	-	-	-	-	-	√
31. ผม่วัง	-	-	-	-	-	√

ตารางที่ 1 (ต่อ)

อาการ	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง					
	Davison (2006)	Abdel-Kader (2009)	Yong (2009)	Figueiredo (2012)	Almutary (2013)	สว่างวรรณ (2552)
<b>ด้านจิตใจ</b>	2 อาการ	6 อาการ	-	-	5 อาการ	6 อาการ
1. วิตกกังวล	-	✓	-	-	✓	✓
2. หงุดหงิด/ไม่โหง่าง	-	✓	-	-	✓	✓
3. ขาดสมาธิ หลงลืมง่าย	-	✓	-	-	✓	✓
4. กระวนกระวาย	✓	✓	-	-	-	✓
5. ซึมเศร้า	✓	-	-	-	-	✓
6. เสียใจ	-	✓	-	-	✓	
7. กระสับกระส่าย	-	✓	-	-	✓	-
8. รู้สึกสูญเสีย ภาพลักษณ์	-	-	-	-	-	✓

### 3.4 การประเมินประสบการณ์การมีอาการ

การประเมินประสบการณ์การมีอาการ คือ การรับรู้อาการตามประสบการณ์ของบุคคล (Dodd et al., 2001; Lenz et al., 1997) และการประเมินอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถประเมินได้หลายมิติ ได้แก่ มิติความถี่ มิติความรุนแรง มิติความทุกข์ทรมาน มิติปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการ และมิติของผลที่ตามมา นอกจากนี้ Dodd et al. (2001) กล่าวว่า การประเมินอาการเป็นสิ่งที่บุคคลมีการพิจารณาถึงความรุนแรง สาเหตุ ตำแหน่ง ความถี่ และผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ซึ่งประสบการณ์การมีอาการมีความซับซ้อน มีลักษณะเฉพาะตามการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละราย จึงมีการพัฒนาเครื่องมือการประเมินอาการที่ครอบคลุมหลายมิติร่วมกัน ดังนี้

3.4.1 The Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) พัฒนาขึ้นโดย Portenoy et al. (1994) เพื่อใช้ประเมินอาการในผู้ป่วยโรคร้ายแรง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการทางด้านร่างกายและจิตใจรวมทั้งหมด 32 ข้อ แต่ละข้อมีการประเมินการรับรู้อาการใน 3 มิติ คือ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน ซึ่งการประเมินการรับรู้อาการทั้ง 3 มิติในแต่ละข้อใช้มาตรวัดแบบ Likert scale โดยมิติความถี่มีคะแนนตั้งแต่ 1-4 แต่ละคะแนนมีความหมายดังนี้ มีอาการเกิดขึ้นน้อยมาก (1 คะแนน) มีอาการเกิดขึ้นบางครั้ง (2 คะแนน) มีอาการเกิดขึ้นบ่อยครั้ง (3 คะแนน) และ มีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลา (4 คะแนน) ส่วนมิติความรุนแรง มีคะแนนตั้งแต่ 1-4 แต่ละ

คะแนนมีความหมายดังนี้ มีความรุนแรงของอาการน้อย (1 คะแนน) มีความรุนแรงของอาการปานกลาง (2 คะแนน) มีความรุนแรงของอาการมาก (3 คะแนน) และมีความรุนแรงของอาการมากที่สุด (4 คะแนน) และมีตีความทุกข์ทรมาน มีคะแนนตั้งแต่ 0-4 แต่ละคะแนนมีความหมายดังนี้ ไม่มีความทุกข์ทรมานของอาการเลย (0 คะแนน) ความทุกข์ทรมานของอาการเล็กน้อย (1 คะแนน) มีความทุกข์ทรมานของอาการพอสมควร (2 คะแนน) มีความทุกข์ทรมานของอาการค่อนข้างมาก (3 คะแนน) และมีความทุกข์ทรมานของอาการมากที่สุด (4 คะแนน) ในประเทศไทยได้มีการนำมาดัดแปลงและใช้ประเมินอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเพ็ญศรี จิตต์จันทร์ เขมรติ มาสิงบุญ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง (2554) มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.83 และค่าความเที่ยงจากการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 20 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86

3.4.2 Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ที่พัฒนาขึ้นโดย Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler, and Macmillan (1991) เพื่อใช้ประเมินอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองในโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้ง 9 ข้อ ประกอบด้วยอาการ 1) ปวด 2) เหนื่อย/อ่อนเพลีย 3) คลื่นไส้ 4) ซึมเศร้า 5) วิดกกังวล 6) ง่วงซึม/สับสน 7) เบื่ออาหาร 8) สบายดีทั้งกายและใจ และ 9) เหนื่อยหอบ โดยแต่ละข้อมีการประเมินการรับรู้อาการในมิติความทุกข์ทรมาน ด้วยการใช้มาตราวัดแบบ visual analog scales (VAS) เป็นแบบเส้นตรงที่มีความยาวตั้งแต่ 0-100 มิลลิเมตร โดยเริ่มต้นที่ไม่มีมีความทุกข์ทรมานเลย (0 มิลลิเมตร) ไปจนถึงมีความทุกข์ทรมานมากที่สุด (100 มิลลิเมตร) หลังจากนั้น Davison et al. (2006) ได้นำมาดัดแปลง เพื่อใช้ประเมินอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไตทั้งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 531 คน ด้วยการเพิ่มคำถามเกี่ยวกับอาการที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยกลุ่มนี้อีก 1 อาการ คือ อาการคัน รวมเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางด้านร่างกายและจิตใจรวมทั้ง 10 ข้อ และใช้มาตราวัดแบบ numeric visual analog scale มีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน ซึ่งความหมายของคะแนน คือ ไม่มีความรุนแรงของอาการเลย (0 คะแนน) ไปจนถึงมีความรุนแรงของอาการมากที่สุด (10 คะแนน) โดยการคิดคะแนนจะคิดรวมกันทั้ง 10 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไต และประเมินค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธี test-retest เพื่อวัดความเชื่อมั่นแบบ inter-rater reliability (IRR) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intra-class correlation coefficient) เท่ากับ 0.70

3.4.3 Patient Outcome Scale (POSs) พัฒนาขึ้นโดย Murphy, Murtagh, Carey, and Sheerin (2009) เพื่อใช้ประเมินอาการในช่วง 3 วันที่ผ่านมาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ

ระยะที่ 5 ที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (conservative management) โดยไม่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต แบบประเมนนี้พัฒนามาจากแบบประเมินอาการในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative care outcome scale) ของ Hearn and Higginson (1999) ด้วยการเพิ่มข้อความเกี่ยวกับอาการที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคไต 2 อาการ คือ อาการคันและอาการขากระตุกหรือขาอยู่ไม่สุขรวมทั้งหมด 17 ข้อ แต่ละข้อมีการประเมินการรับรู้อาการใน 2 มิติ คือ มิติการเกิดอาการและความรุนแรง การประเมินในแต่ละข้อด้วยการใช้มาตรวัด 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0-4 ซึ่งความหมายของคะแนน คือ ไม่มีอาการ (0 คะแนน) มีความรุนแรงเล็กน้อย (1 คะแนน) มีความรุนแรงปานกลาง (2 คะแนน) มีความรุนแรงมาก (3 คะแนน) หรือมีความรุนแรงมากที่สุด (4 คะแนน)

3.4.4 The Dialysis Symptom Index (DSI) พัฒนาขึ้นโดย Weisbord et al. (2004) เพื่อใช้ประเมินอาการในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แบบประเมนนี้พัฒนามาจากรูปแบบของแบบประเมิน The Memorial Symptom Assessment Scale-Short Form (MSAS-SF) ของ Portenoy et al. (1994) ร่วมกับกระบวนการพัฒนาเครื่องมือ 4 ขั้นตอน คือ 1) การทบทวนเครื่องมือที่วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2) การจัดกลุ่มพูดคุยกับผู้ป่วย 3) การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 8 ท่าน และ 4) การประเมินค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธี test-retest ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกลุ่มเดียวกันและคนเดียวกัน จำนวน 20 คน วัดทั้งหมด 2 ครั้ง ในระยะเวลาห่างกัน 4-7 วัน ได้ค่าสถิติ Kappa เท่ากับ  $0.48 \pm 0.22$  แบบประเมนนี้ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับอาการทางด้านร่างกายและจิตใจรวมทั้งหมด 30 ข้อ แต่ละข้อมีการประเมินการรับรู้อาการใน 2 มิติ คือ มิติการเกิดอาการและมิติความรุนแรง โดยมิติการเกิดอาการ เป็นการประเมินในแต่ละข้อว่าผู้ป่วยมีหรือไม่มีอาการ หากมีอาการ ให้คะแนน 1 คะแนน หากไม่มีอาการ ให้ 0 คะแนน ส่วนมิติความรุนแรง เป็นการประเมินในแต่ละข้อด้วยการใช้มาตรวัดแบบ Likert scale คะแนนตั้งแต่ 0-4 ซึ่งความหมายของคะแนน คือ ไม่มีความรุนแรงเลย (0 คะแนน) มีความรุนแรงเล็กน้อย (1 คะแนน) มีความรุนแรงปานกลาง (2 คะแนน) มีความรุนแรงมาก (3 คะแนน) หรือ มีความรุนแรงมากที่สุด (4 คะแนน)

3.4.5 The CKD Symptom Burden Index (CKD-SBI) พัฒนาขึ้นโดย Almutary et al. (2015) ใช้ประเมินอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมิน DSI ของ Weisbord et al. (2004) ด้วยการเพิ่มข้อความเกี่ยวกับอาการ 2 อาการ คือ ซึมเศร้าและปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน และเพิ่มมิติของการรับรู้อาการ 2 มิติ คือ มิติความถี่และมิติความรุนแรง ทำให้มีข้อความเกี่ยวกับอาการทางด้านร่างกายและจิตใจรวมทั้งหมด 32 ข้อ แต่ละข้อมีการประเมินการรับรู้อาการใน 4 มิติ คือ มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน โดยมิติการเกิดอาการ เป็นการประเมินในแต่ละข้อว่าผู้ป่วยมีหรือไม่มีอาการ หากมีอาการ ให้คะแนน

1 คะแนน หากไม่มีอาการ ให้ 0 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมทั้งหมด 32 ข้อของมิติการเกิดอาการมีได้ตั้งแต่ 0-32 คะแนน ส่วนมิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน เป็นการประเมินในแต่ละข้อด้วยการใช้มาตรวัดแบบ numerical rating scale คะแนนตั้งแต่ 0-10 ซึ่งความหมายของคะแนนในมิติความถี่ คือ ไม่มีอาการเกิดขึ้นเลย (0 คะแนน) ไปจนถึงมีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลา (10 คะแนน) ส่วนมิติความรุนแรง คือ ไม่มีความรุนแรงเลย (0 คะแนน) ไปจนถึงมีความรุนแรงมาก (10 คะแนน) และมิติความทุกข์ทรมาน คือ ไม่มีความทุกข์ทรมานเลย (0 คะแนน) ไปจนถึงมีความทุกข์ทรมานมาก (10 คะแนน) ซึ่งคะแนนรวมทั้งหมด 32 ข้อของแต่ละมิติ (ความถี่ ความรุนแรง และ ความทุกข์ทรมาน) มีได้ตั้งแต่ 0-320 คะแนน ทั้งยังมีการคิดคะแนนรวมการรับรู้อาการใน 4 มิติและรายงานเป็นภาระอาการ (symptoms burden) ด้วยการนำคะแนนรวมทั้งหมด 32 ข้อของทั้ง 4 มิติ มาคูณด้วยตัวเลขคงที่ คือ 0.1008 ทำให้คะแนนมีได้ตั้งแต่ 0-100 คะแนน ซึ่ง 100 คะแนน หมายถึงอาการนั้นเป็นภาระต่อผู้ป่วยมากที่สุด และมีการเปลี่ยนแปลงการประเมินการเกิดอาการในแต่ละข้อจาก 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็น 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงธรรมชาติของอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังว่า อาการเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะสามารถอยู่ไปได้มากที่สุดไม่เกิน 4 สัปดาห์ มีการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.98 และหาค่าความเที่ยงด้วยวิธี test-retest ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เท่ากับ 0.997 ( $p < 0.01$ ) และหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการตรวจสอบความสอดคล้องภายในเนื้อหาทั้งฉบับภาษาอังกฤษและภาษาอาราบิก ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.897 และ 0.899 ตามลำดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำ The CKD Symptom Burden Index (CKD-SBI) ของ Almutary et al. (2015) มาใช้ในการประเมินประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เพราะเป็นแบบประเมินที่มีการพัฒนาให้มีความครอบคลุมในการประเมินประสบการณ์การมีอาการใน 4 มิติ (มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง มิติความทุกข์ทรมาน) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 4 และ ระยะที่ 5 ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไตและกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไต ซึ่งตรงกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการและการรับรู้อาการอาการใน 4 มิติที่ครอบคลุมสิ่งที่ต้องการศึกษา โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.98 และค่าความเที่ยงจากการทดสอบซ้ำ (test-retest) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เท่ากับ 0.997 ( $p < 0.01$ ) และค่าความเที่ยงจากการตรวจสอบความสอดคล้องภายในเนื้อหาฉบับภาษาอังกฤษได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.897 จึงมีความเหมาะสมกับการนำมาใช้ประเมินประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมากที่สุด

#### 4. กลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

##### 4.1 ความหมายของกลวิธีการจัดการอาการ

Dodd et al. (2001) ได้ให้ความหมายว่า กลวิธีในการจัดการกับอาการ หมายถึง วิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติเมื่อเกิดอาการขึ้น โดยมีเป้าหมายของกลวิธีการจัดการอาการ คือ ขจัดหรือชะลอการเกิดผลลัพธ์ด้านลบอย่างต่อเนื่อง โดยกลวิธีการจัดการอาการสามารถทำได้โดยการใช้ยา (biomedical) โดยบุคลากรทางการแพทย์ (professional) และโดยการดูแลตนเอง (self-care) ของผู้ที่มีประสบการณ์การมีอาการ โดยทั่วไปกลวิธีการจัดการอาการจะเริ่มจากการที่บุคคลมีอาการประหม่อมอาการ ระบุปัญหา และวางเป้าหมายในการจัดการอาการ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่งอาจจะมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ก็ได้ ทั้งนี้กลวิธีการจัดการอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาหรือเปลี่ยนแปลงได้ตามความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยกลวิธีการจัดการอาการมีความเฉพาะเจาะจงว่า จะใช้กลวิธีอะไร (what) ใช้เมื่อไหร่ (when) ใช้ที่ไหน (where) ทำไมจึงต้องใช้ (why) ใช้มากน้อยเท่าไร (how much/ intervention dose) ใช้กับใคร (to whom) และใช้อย่างไร (how/delivered) รวมทั้งต้องอาศัยความร่วมมือ (Adherence) ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์หรือพยาบาล โดยพยาบาลจะเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวป้องกันอาการที่จะเกิดขึ้นหรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น บุคคลอาจเลือกวิธีในการจัดการกับอาการวิธีเดียวหรือหลายวิธี แต่ต้องมีประสิทธิภาพและมีผลต่อประสบการณ์อาการที่บุคคลเป็น และมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่ต้องการการจัดการกับอาการ (Dodd et al., 2001)

Sun and Sarna (2008) ได้ให้ความหมายว่า กลวิธีการจัดการอาการ หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น โดยอาจเลือกใช้วิธีการรักษาที่ประกอบไปด้วยการใช้ยาเพื่อการรักษาหรือการไม่ใช้ยาก็ได้

Xiao (2010) ได้ให้ความหมายว่า กลวิธีการจัดการอาการ หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยเลือกในการบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น โดยวิธีการต่างๆ นั้นอาจได้มาจากประสบการณ์ของตนเอง จากบุคคลอื่นๆ และจากการเรียนรู้จากสื่อต่างๆ รอบตัว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาการเหล่านั้นทุเลาลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ชูศรี คูชัยสิทธิ์ ศิริพร มงคลถาวรชัย นवलจันทร์ ธาณินทร์สุรัตน์ และสลักจิต ศรีมงคล (2548) ได้ให้ความหมายว่า กลวิธีการจัดการอาการ หมายถึง วิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติเมื่อมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น ผู้ป่วยแต่ละคนมีองค์ประกอบที่ส่งผลให้ประสบการณ์ของบุคคลแตกต่างกัน รวมถึงการรับรู้และการประเมิน อาการซึ่งมีผลทำให้บุคคลตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น

ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา การแสวงหาการรักษา และการจัดการกับอาการต่างๆ ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล

นิรมล พงษ์ด้วง ฉวีวรรณ เมสม และจุไรรัตน์ ธรรมเพียร (2552) ได้ให้ความหมายว่า กลวิธีการจัดการอาการ หมายถึง วิธีการจัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นที่ผู้ป่วยปฏิบัติตั้งแต่เริ่มมีอาการ จนมาถึงโรงพยาบาลโดยมีเป้าหมายการกระทำเพื่อบรรเทาหรือขจัดอาการที่เกิดขึ้น

กล่าวโดยสรุป กลวิธีการจัดการอาการ หมายถึง วิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตนเองเมื่อเกิดอาการขึ้น มีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการหรือทำให้อาการนั้นหายไป ผู้ป่วยสามารถทำได้โดยการใช้ยา (biomedical) การสอบถามจากบุคลากรทางการแพทย์ (professional) และการดูแลตนเอง (self-care)

#### 4.2 กลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

แม้ว่าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่จะช่วยในการปรับสภาวะสมดุลในร่างกายให้ดีขึ้น แต่ก็ยังไม่สามารถทดแทนการทำหน้าที่ของไตได้ทั้งหมด ทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองที่ไม่ดี ส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการต่างๆ เกิดขึ้น (ศุภชัย จิตติอาชากุล, 2544) ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นนี้อาจเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรค การรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษาทั้งทางตรงและทางอ้อม จึงทำให้การจัดการกับอาการต่างๆ มีความลำบากซับซ้อนมากขึ้น อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในทางที่แยกลง หากผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการกับอาการเหล่านี้ให้ทุเลาลงหรือหมดไป ย่อมส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านภาวะการทำหน้าที่ สภาวะทางอารมณ์และจิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย (Miaskowski & Lee, 1999) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการกับอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องดังนี้

สุกร บุชปวนิช และคณะ (2552) ได้แนะนำวิธีการแก้ไขปัญหาคูกเงินเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการแก้ปัญหาคูกเงินเบื้องต้น และเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยปัญหาคูกเงินดังกล่าวได้มีการระบุถึงอาการที่เกิดขึ้น คือ อาการปวดท้อง อาการปวดไหล่ อาการปวดบริเวณเหนือหัวเข่า อาการปวดหลัง มีไข้ อาการปวดศีรษะ อาการเท้าและข้อเท้าบวมร่วมกับหายใจลำบาก หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ อาการปวดรอบๆ แผลหน้าท้อง และอาการท้องเสียหรือมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) อาการปวดท้อง อาจมีสาเหตุจากมีการติดเชื้อในช่องท้อง ซึ่งมีวิธีการจัดการอาการ คือ ควรล้างช่องท้องด้วยการใส่น้ำยาเข้าและปล่อยออกทันทีประมาณ 2-3 ถัง และไปพบแพทย์ หรือปวด

ห้องขณะปล่อยน้ำยาออกจากห้อง อาจจะเป็นเพราะปลายสายท่อล้างไตไปสัมผัสผนังเยื่อช่องท้อง ซึ่งมีวิธีการจัดการอาการ คือ ให้หมุนปรับการไหลของน้ำยาให้ลดลงหรือหมุนปิดวาล์วสายต่อท่อล้างไตหลังจากปล่อยน้ำยาหมดทุกครั้ง

2) อาการปวดไหล่ อาจเกิดจากมีอากาศในสายน้ำยาเข้าไปในช่องท้องและไปดันกระบังลม ซึ่งมีวิธีการจัดการอาการ คือ ควรชะล้างสายก่อนเติมน้ำยาใหม่เข้าช่องท้อง

3) อาการปวดบริเวณเหนือหัวเหน่า อาจเกิดจากปลายสายยางในช่องท้องตกลงไปสัมผัสผนังเชิงกรานเวลาปล่อยน้ำยาออกจากช่องท้อง ซึ่งมีวิธีการจัดการอาการ คือ ควรเลื่อนน้ำยาไว้ในช่องท้องเล็กน้อยตอนปล่อยน้ำยาออกแล้วแจ้งแพทย์หรือพยาบาลหน่วยไต

4) อาการปวดหลัง อาจเกิดจากผู้ป่วยต้องใส่น้ำยาไว้ในช่องท้องตลอดเวลา น้ำยาจึงถ่วงท้องเอาไว้ ทำให้มีอาการปวดหลังได้ ซึ่งมีวิธีการจัดการอาการ คือ การออกกำลังกายช่วยให้กล้ามเนื้อหลังแข็งแรงขึ้น เพราะอาการปวดหลังมักจะหายไปเมื่อกกล้ามเนื้อหลังเริ่มแข็งแรงขึ้น

5) อาการมีไข้ อาจเกิดจากการติดเชื้อในช่องท้อง ซึ่งมีวิธีการจัดการอาการ คือ หากน้ำยาที่ปล่อยออกขุ่นมีตะกอนให้ไปพบแพทย์ หรือหากมีไข้จากการติดเชื้อบริเวณแผลหน้าท้อง ซึ่งมีวิธีการจัดการอาการ คือ ถ้ามีอาการปวด บวม แดง มีหนองไหลออกมาให้ไปพบแพทย์ทันที

6) อาการปวดศีรษะ อาจเกิดจากมีภาวะความดันโลหิตสูง มีวิธีการจัดการอาการ คือ ควรตรวจวัดความดันโลหิตพร้อมทั้งจดบันทึกและปรึกษาแพทย์ หรือหากมีอาการปวดศีรษะจากมีภาวะความดันโลหิตต่ำ มีวิธีการจัดการอาการ คือ ตรวจชั่งน้ำหนักและวัดความดันโลหิต

7) อาการเท้าและข้อเท้าบวม หายใจลำบาก หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ อาจมีสาเหตุจากภาวะน้ำเกิน ซึ่งมีวิธีการจัดการอาการ คือ ตรวจสอบว่าสายท่อล้างไตยังทำงานอยู่หรือไม่ ลดอาหารเค็มและลดปริมาณน้ำดื่ม ใช้น้ำยาที่มีความเข้มข้นสูงกว่าเดิม ปรึกษาแพทย์

8) อาการปวดรอบๆ แผลหน้าท้อง อาจเกิดจากการติดเชื้อบริเวณแผลหน้าท้อง มีวิธีการจัดการอาการ คือ ตรวจสอบบริเวณแผลหน้าท้อง ถ้ามีอาการปวด บวม แดง มีหนอง ให้ไปพบแพทย์ทันที หรืออาการปวดอาจเกิดจากมีการระคายเคืองบริเวณรอบๆ แผลหน้าท้อง มีวิธีการจัดการอาการ คือ ควรยึดสายท่อล้างไตให้อยู่กับที่ไม่ให้เคลื่อนไหว หรืออาการปวดอาจเกิดจากติดเชื้อใต้ผิวหนังรอบท่อล้างไต ซึ่งมีวิธีการจัดการอาการ คือ ควรตรวจสอบใต้ผิวหนังรอบท่อล้างไตบริเวณแผลหน้าท้อง ถ้ามีอาการบวมแดงหรือมีหนองให้ไปพบแพทย์ทันที

9) อาการท้องเสียหรือมีอาการคลื่นไส้อาเจียน อาจเกิดจากการติดเชื้อในช่องท้อง วิธีการจัดการอาการ คือ ให้ไปพบแพทย์หากน้ำยาที่ปล่อยทิ้งจากช่องท้องขุ่น หากสาเหตุของอาการเกิดจากการแพ้อาหาร วิธีการจัดการอาการ คือ ให้ไปพบแพทย์หากมีอาการท้องเสียร่วมด้วย หรือหากสาเหตุของอาการเกิดจากการล้างไตไม่เพียงพอ วิธีการจัดการอาการ คือ ให้ล้างไตตามที่แพทย์สั่ง ถ้าปฏิบัติอยู่แล้วให้ไปพบแพทย์เพื่อปรับการรักษาที่เหมาะสม



ดวงรัตน์ มนโธสง (2553) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการจัดการอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้าที่พัฒนาขึ้นโดย Petchrung (2004) พบว่า พฤติกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติในการจัดการกับอาการอ่อนล้า ประกอบด้วย 19 วิธี คือ นอนหลับ รับประทานอาหาร นอนหลับช่วงสั้นๆ นั่งพักผ่อน ดูโทรทัศน์หรือฟังเพลง ออกกำลังกายเบาๆ โยคะ ทำงานบ้าน ทำงานอดิเรกที่ชอบ รับประทานอาหารเสริมหรือวิตามิน รับประทานอาหารสมุนไพร รับประทานอาหารที่ชอบ ดื่มน้ำหวาน คิดในทางที่ดี ทำสมาธิ อ่านหนังสือธรรมะหรือฟังธรรม นวดตามร่างกายหรือกดจุดต่างๆ ฝังเข็ม ปรึกษาเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ หรือปรึกษาเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน

กรวรรณ ปานแพ อรวมน ศรียุกต์ศุทธ และรัตนา ชวนะสุนทรพจน์ (2011) ศึกษาพฤติกรรมการจัดการอาการเบื่ออาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการอาการเบื่ออาหารที่ตัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการเบื่ออาหารในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดของ Lonil (2004) พบว่า พฤติกรรมการจัดการกับอาการเบื่ออาหารที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบ่อยที่สุด 5 อันดับแรก คือ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ (mean=3.75, SD=0.79) บริโภคอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพ (mean=3.17, SD=0.86) ปรุงรสชาติอาหารให้ถูกปากโดยใช้เครื่องเทศปรุงอาหารและ/หรือเติมเครื่องปรุงรสในอาหารด้วยมะนาว น้ำตาล (mean= 2.80, SD=1.00) หลีกเลี่ยงอาหารที่มีแก๊ส เช่น กะหล่ำปลี เครื่องดื่มที่ก่อให้เกิดก๊าซคาร์บอนเนต (mean=2.68, SD=1.20) และเลือกรับประทานอาหารที่ดูน่ารับประทานและมีกลิ่นหอม (mean=2.50, SD=1.18)

สิริกาญจน์ หาญรบ และคณะ (2015) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการจัดการอาการในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการอาการที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) โดยสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับ คือ อาการตามัว ใช้พฤติกรรมการจัดการอาการโดยการพบแพทย์ ร้อยละ 23.1 อาการนอนไม่หลับหรือนอนยาก ใช้พฤติกรรมการจัดการอาการโดยพยายามฝึนนอนหลับ ร้อยละ 34.2 อาการอ่อนเพลียหรือไม่มีแรง ใช้พฤติกรรมการจัดการอาการโดยการนอนพัก ร้อยละ 57.3 อาการปวดศีรษะ ใช้พฤติกรรมการจัดการอาการโดยการรับประทานยาแก้ปวด ร้อยละ 54.6 และอาการปวดข้อ ใช้พฤติกรรมการจัดการอาการโดยยาทาลดปวด/เมื่อย เช่น ยาหม่อง ร้อยละ 55

**ตารางที่ 2** สรุปกลวิธีการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

อาการ	กลวิธีการจัดการอาการ			
	สุภร บุษปวนิช และคณะ (2552)	ดวงรัตน์ มนโธสง (2553)	กรวรรณ ปานแพ และคณะ (2011)	สิริกาญจน์ หาญรบ และคณะ (2015)
1. ปวดท้อง	1. ใส่น้ำยาเข้าและปล่อยออกทันที ~ 2-3 ถัง 2. หมุนปิดวาล์วสายท่อล้างไตหลังจากปล่อยน้ำยาหมด 3. ไปพบแพทย์	-	-	-
2. ปวดไหล่	1. ชะล้างสายก่อนเติมน้ำยาใหม่เข้าช่องท้อง	-	-	-
3. ปวดบริเวณเหนือหัวเข่า	1. เหลือน้ำยาไว้ในช่องท้องเล็กน้อยตอนปล่อยน้ำยาออก 2. ไปพบแพทย์	-	-	-
4. ปวดหลัง	1. ออกกำลังกาย	-	-	-
5. ปวดศีรษะ	1. วัดความดันโลหิต 2. ชั่งน้ำหนัก 3. ไปพบแพทย์	-	-	รับประทานยาแก้ปวด

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

อาการ	กลวิธีการจัดการอาการ			
	สุภร บุษปวนิช และคณะ (2552)	ดวงรัตน์ มนโรสง (2553)	กรวรรณ ปานแพ และคณะ (2011)	สิริกาญจน์ หาญรบ และคณะ (2015)
6. ปวดรอบๆ แผลหน้าท้อง	1. ตรวจสอบแผล หน้าท้องว่ามี ปวด บวม แดง หนอง ให้ไปพบ แพทย์ทันที 2. หากปวดจาก ระคายเคือง ให้ ยัดสายท่อล่างไต ให้อยู่กับที่ไม่ เคลื่อนไหว	-	-	-
7. ปวดข้อ	-	-	-	ทายาลดปวด
8. ท้องเสีย	1. ล้างไตตามที่ แพทย์สั่งเช่นเดิม 2. ไปพบแพทย์	-	-	-
9. ไข้	1. ไปพบแพทย์	-	-	-
10. ท้ำและข้อ เท้าบวม	1. ตรวจสอบว่า สายท่อล่างไตยัง	-	-	-
11. หายใจ ลำบาก	ทำงานอยู่หรือไม่ 2. ลดอาหารเค็ม	-	-	-
12. หอบเหนื่อย	3. ลดปริมาณน้ำดื่ม	-	-	-
13. นอนราบ ไม่ได้	4. ใช้น้ำยาที่มี ความเข้มข้นสูง กว่าเดิม 5. ไปพบแพทย์	-	-	-

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

อาการ	กลวิธีการจัดการอาการ			
	สุภร บุษปวนิช และคณะ (2552)	ดวงรัตน์ มนโรตอง (2553)	กรวรรณ ปานแพ และคณะ (2011)	สิริกาญจน์ หาญรบ และคณะ (2015)
14. อ่อนเพลีย	-	1. นิ่งพักผ่อน 2. จิบหลักในช่วง สั้นๆ 3. ดูโทรทัศน์หรือ ฟังเพลง	-	นอนพัก
15. เบื่ออาหาร	-	-	1. หลีกเลี้ยงการ สูบบุหรี่ 2. บริโภคอาหาร โปรตีนที่มี คุณภาพ 3. ปรับรสชาติ อาหารให้ถูกปาก 4. หลีกเลี้ยง อาหารที่มีแก๊ส 5. เลือก รับประทาน อาหารที่ดูน่า รับประทานและ มีกลิ่นหอม	-
16. ตามัว	-	-	-	ไปพบแพทย์
17. นอนไม่หลับ	-	-	-	พยายามฝึนนอน

## 4.3 การประเมินกลวิธีการจัดการอาการ

การประเมินการจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันออกไป เพราะผู้ป่วยแต่ละคนมีประสบการณ์ สิ่งแวดล้อม บุคคลรอบข้าง ทักษะส่วนบุคคลที่มีความเฉพาะเจาะจงแตกต่างกันออกไป ทำให้การเลือกวิธีการที่ใช้ในการจัดการกับอาการจึงมีความแตกต่าง

ออกไปด้วย (Steel et al., 2010) ดังนั้นการประเมินการจัดการกับอาการ จำเป็นต้องพิจารณาถึง ข้อจำกัดและความเหมาะสมในการเลือกใช้แบบประเมินว่ามีความสอดคล้องกับบริบทของกลุ่ม ตัวอย่างนั้นๆ เพื่อให้ค่าที่วัดได้เป็นรูปธรรม สอดคล้องกับวิธีการที่ผู้ป่วยปฏิบัติจริง และเกิด ประสิทธิภาพไปในทางที่ดีตามที่ผู้ป่วยต้องการ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีผู้วิจัย หลายท่านที่นำแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) มาพัฒนาเป็นเครื่องมือในการ ประเมินการจัดการกับอาการ และส่วนใหญ่จะเป็นการจัดการอาการเพียงหนึ่งอาการเท่านั้น ดังนี้

4.3.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีที่ พัฒนาขึ้นโดย (Sun & Sarna, 2008) ทำการศึกษากลวิธีการจัดการอาการรบกวนที่พบบ่อยๆ ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อยล้า อาการท้องมาน น้ำหนักลด ดีซ่าน โดยใช้ข้อความปลายเปิดเพื่อให้ ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์การมีอาการของตนเอง และบอกถึงวิธีการที่ผู้ป่วยแต่ละคนเลือกปฏิบัติ เพื่อบรรเทาอาการเหล่านั้น โดยวิธีการจัดการกับอาการรวมไปถึงการใช้ยาและการไม่ใช้ยา

4.3.2 แบบประเมินการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นขณะฟอกเลือด และใน 24 ชั่วโมงแรกหลัง การฟอกเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่พัฒนาขึ้นโดย (สุกัญญา จ้อยกล้า, 2550) ซึ่งใช้วิธีการสัมภาษณ์ถึงวิธีการจัดการหรือแก้ไขอาการที่เกิดขึ้นขณะฟอกเลือดและ ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการฟอกเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมว่ามี การปฏิบัติ ใดๆ โดยพบว่ามีวิธีการจัดการกับอาการเบื้องต้น อาการหน้ามืดเวียนศีรษะ อาการตะคริว อาการ ปวดศีรษะ และอาการคัน

4.3.3 แบบสัมภาษณ์กลวิธีการจัดการอาการในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นโดย (สิริ กัญญา หมายรบ วิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช อรวรรณ ศรียุกตศุทธ และสุชาย ศรีทิพย์วรรณ, 2015) จาก กรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) โดยเป็นคำถามปลายเปิดที่สัมภาษณ์ เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการเพื่อบรรเทาอาการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานหรือรบกวนการ ดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากที่สุดอย่างน้อย 5 อาการแรก และมีคำถามปลายปิดสรุปผลลัพธ์ ของกลวิธีการจัดการอาการว่าอาการนั้นทุเลาลง คงเดิม หรือหายจากการมีอาการ

กล่าวโดยสรุป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการในผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยสร้างตามกรอบแบบจำลอง การจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการต่างๆ ที่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องปฏิบัติเมื่อเกิดอาการต่างๆ เพื่อบรรเทาอาการหรือทำให้อาการนั้นหายไป

## 5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

จากแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่คาดว่าจะมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การมีอาการ พบว่า ตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบด้านบุคคล คือ เพศ อายุ ระดับฮีโมโกลบิน ระดับปียูเอ็น ระดับครีเอตินิน ระดับอัลบูมิน ระดับแคลเซียม ระดับฟอสเฟต และระดับความพอเพียงของการล้างไต ส่วนตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบด้านสุขภาพหรือความเจ็บป่วย คือ โรคร่วม ระยะเวลาในการล้างไต ตัวแปรเหล่านี้เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง สามารถอธิบายแต่ละตัวแปรได้ดังนี้

5.1 เพศ เป็นลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมและกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ มีผลต่อการรับรู้และการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้น มีการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดอาการที่เกิดขึ้น (Dracup et al., 1995) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาเพศต่างกัน จะมีประสบการณ์การมีอาการบางอาการที่แตกต่างกัน เช่น อาการนอนไม่หลับ จากการศึกษาของ Closs (1988) พบว่าเพศหญิงสามารถนอนหลับในระยะเวลาต่อเนื่องได้นานกว่าเพศชาย แต่ในความเป็นจริงเพศหญิงมักจะบ่นถึงปัญหาในการนอนหลับมากกว่าเพศชาย และกินยาช่วยให้หลับมากกว่าเพศชาย (Miller, 1999) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Friedman and King (1995) พบว่าเพศหญิงมีการตื่นในช่วงกลางคืนบ่อยกว่า ระยะเวลาของการตื่นนอนทั้งหมดในช่วงกลางคืนมากกว่า และมีคุณภาพการนอนหลับต่ำกว่าเพศชาย ส่วน Rozen, Niknam, Shechter, Young, and Silberstein (2001) พบว่า อาการปวดศีรษะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่ระยะเวลาของอาการปวดศีรษะในเพศหญิงจะยาวนานกว่าเพศชาย และเพศหญิงจะมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วยมากกว่าเพศชาย ซึ่งเพศชายจะมีสมรรถภาพทางกายและความสามารถในการฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วยได้ดีกว่าเพศหญิง (ศิริรัตน์ วิจิตตระกูลถาวร วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และทิพพาพร ตั้งอำนาจ, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของ Knight (2000) พบว่า เพศหญิงจะมีภาวะการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายต่ำกว่าเพศชาย

5.2 อายุ เมื่ออายุมากขึ้นกลไกในการสร้างความต้านทานโรคเสื่อมลง อวัยวะในร่างกายเสื่อมสภาพ การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ภาวะโภชนาการต่างๆ ของร่างกายไม่ปกติ ก่อให้เกิดอาการมากขึ้น (จรรวมล แพ่งโยธา, 2548) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาอายุต่างกัน จะมีประสบการณ์การมีอาการบางอาการที่แตกต่างกัน เช่น อาการนอนไม่หลับ อายุเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานในการกำหนดปริมาณและลักษณะของการนอนหลับ เพราะอายุมีผลต่อรูปแบบวงจรการนอนหลับ ตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยสูงอายุ โดยประสิทธิภาพการนอนหลับจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น บุคคลที่

สูงอายุมักมีแบบแผนการนอนหลับแตกต่างไปจากวัยหนุ่มสาว บุคคลจะเริ่มมีปัญหาการนอนหลับยาก เมื่ออายุ 35 ปี จำนวนครั้งของการตื่นนอนจะเริ่มเพิ่มขึ้น (Vidmar, 1999) เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งสารเคมี โครงสร้าง และการทำหน้าที่ของระบบประสาท ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมักมีปัญหาการนอนหลับ โดยรู้สึกง่วงตั้งแต่หัวค่ำ ตื่นเช้ากว่าวัยหนุ่มสาว การหลับลึกจะลดลงค่อนข้างมาก ความต่อเนื่องในการนอนหลับจะลดลงเช่นกัน เนื่องจากมักตื่นบ่อย และพบการนอนกลางวันมากขึ้น (Chokroverty, 1999; Culebras, 2002; Floyd, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Iliescu et al. (2003) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่าอายุที่มากขึ้นทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลง นอกจากนี้ อายุยังเป็นปัจจัยพื้นฐานของการแสดงถึงภาวะการการทำหน้าที่ของ ร่างกาย จากการศึกษาของ Hopman et al. (2009) พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kimmel et al. (1995) พบว่า อายุของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการทำหน้าที่ที่ต่ำลง

5.3 โรคร่วม คือ โรคอื่นๆ ที่เกิดก่อนหรือหลังและยังคงเป็นอยู่ร่วมกับการเจ็บป่วยในปัจจุบัน มีผลต่อการทำงานและการเจ็บป่วย (วาสนา สุวรรณรัตน์, 2555) จากการศึกษาของ Amro et al. (2014) พบว่า โรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลุ่มอาการยูรีเมีย และกลุ่มอาการทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thong et al. (2009) พบว่า โรคร่วมเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ เจ็บแน่นหน้าอก เป็นตะคริว และชาบริเวณแขนขา และโรคร่วมเกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบกับกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ เจ็บแน่นหน้าอก เป็นตะคริว และชาบริเวณแขนขา ทั้งนี้โรคร่วมยังส่งผลโดยตรงต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยด้วย จากการศึกษาของ Mittal, Ahern, Flaster, Maesaka, and Fishbane (2001) พบว่า ความรุนแรงของโรคร่วม เช่น โรคหัวใจและโรคปอดจะมีผลต่อการทำงานที่ด้านร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีโรคเบาหวานร่วมจะเป็นตัวบ่งชี้ของการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ (Knight, 2000)

5.4 ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง เป็นสิ่งที่แสดงถึงระยะเวลาของการเจ็บป่วย ซึ่งการทำนายลักษณะของอาการที่เกิดขึ้นนั้น สามารถวัดจากความรุนแรงและระยะเวลาเป็นประเด็นหลักในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ (Mishel, 1999) จากการศึกษาของ Amro et al. (2014) พบว่า ระยะเวลาในการล้างไตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลุ่มอาการคันและผิวแห้ง ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้การเจ็บป่วยมากขึ้น มีความคุ้นเคยกับแบบแผนการรักษา ทำให้มีประสบการณ์สามารถวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างรอบคอบ มองหาวิธีการจัดการกับอาการต่างๆ ได้มากขึ้น (กุลธิดา พานิชกุล, 2536) จากการศึกษาของ Ifudu et al. (1994) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ร้อยละ 36 เมื่อเปรียบเทียบกับ 2 ปีก่อนที่เริ่มรักษาด้วยการล้างไต สอดคล้องกับการศึกษาของ Kurella Tamura et al. (2009) พบว่า ภาวะการทำหน้าที่ที่

หลังจากการรักษาด้วยการล้างไตมีผลทำให้ร่างกายทรุดโทรม ภาวะการทำหน้าที่ต่ำลงเมื่อเทียบกับก่อนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.5 ระดับฮีโมโกลบิน เป็นระดับปริมาณของเม็ดเลือดแดงในกระแสเลือดที่ทำหน้าที่ในการนำออกซิเจนไปสู่อวัยวะต่างๆ เมื่อไตมีการทำหน้าที่ลดลง ทำให้สังเคราะห์ฮอร์โมน erythropoietin ลดลง ส่งผลให้ระดับของฮีโมโกลบินลดลง เป็นผลให้การขนส่งออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อของร่างกายลดลง ส่งผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ทำให้เกิดอาการต่างๆเพิ่มขึ้น (สว่างวรรณ พิชยานฤมาน, 2552) จากการศึกษาของ Bonner et al. (2010) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและได้รับยา Erythropoietin พบว่า ระดับฮีโมโกลบินมีผลทำให้ระดับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ (Breiterman-White, 2005) พบว่า ระดับ Hemoglobin ที่เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ลดอาการเหนื่อยง่ายหรืออาการอ่อนเพลียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแบ่งระดับฮีโมโกลบินออกเป็น 2 ระดับ แยกระหว่างเพศชายและเพศหญิง (KDIGO, 2012) คือ ระดับฮีโมโกลบินต่ำ และระดับฮีโมโกลบินปกติ

5.6 ระดับปียูเอิน เป็นระดับปริมาณของยูเรียและไนโตรเจนในกระแสเลือด โดย BUN ย่อมาจาก “Blood Urea Nitrogen” ซึ่งหลังจากที่รับประทานอาหารประเภทโปรตีนๆ จะถูกย่อยสลายที่ตับและไตของเสียสุดท้ายออกมาเป็นสารยูเรียและไนโตรเจน ซึ่งสารทั้ง 2 ชนิดนี้จะต้องถูกขับออกจากร่างกายโดยการส่งไปตามกระแสเลือดแล้วถูกรองและกำจัดผ่านทางไต เพื่อขับออกไปในปัสสาวะ หากไตเสียหายจะทำให้ไม่สามารถกรองสารยูเรียและไนโตรเจนออกได้หมด ทำให้สารทั้ง 2 ชนิดนี้ตกค้างอยู่ในกระแสเลือด (วิรุฬห์ จิรฐิติกาล, 2550) จากการศึกษาของ Amro et al. (2014) พบว่า ระดับปียูเอินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลุ่มอาการทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ โดยแบ่งระดับปียูเอินออกเป็น 3 ระดับ (ทวี ศิริวงศ์ และคณะ, 2551) คือ ระดับปียูเอินต่ำ ระดับปียูเอินปกติ และระดับปียูเอินสูง

5.7. ระดับครีเอตินิน เป็นระดับปริมาณของของเสียที่เกิดจากการสลายครีเอตินและฟอสเฟตในกล้ามเนื้อลายในกระแสเลือด ทั้งยังเป็นการตรวจสอบสมรรถนะการทำงานของไต เพราะ ครีเอตินินจะต้องถูกขับออกทางไตในรูปของปัสสาวะ ดังนั้นเมื่อไตเสียหายทำให้ไม่สามารถขับครีเอตินินออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีระดับครีเอตินินสูงขึ้นในเลือดได้ (วิรุฬห์ จิรฐิติกาล, 2550) จากการศึกษาของ Amro et al. (2014) พบว่า ระดับครีเอตินินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลุ่มอาการทางผิวหนัง โดยสามารถแบ่งระดับครีเอตินินออกเป็น 3 ระดับ (ทวี ศิริวงศ์ และคณะ, 2551) คือ ระดับครีเอตินินต่ำ ระดับครีเอตินินปกติ และระดับครีเอตินินสูง

5.8. ระดับอัลบูมิน เป็นระดับปริมาณของโปรตีนในกระแสเลือดที่สร้างจากตับและถูกขับออกทางไต เป็นตัวที่นิยมใช้กันมากในการประเมินภาวะทุพโภชนาการของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งภาวะทุพโภชนาการเป็นสาเหตุให้ร่างกายขาดโปรตีนและพลังงาน (ชวลิต รัตนกุล, 2543) เป็นผลให้เกิด



ความเหนื่อยล้า (ร่ำแพน พรเทพเกษมสันต์, 2541) ภาวะโภชนาการที่เหมาะสมมีส่วนในการช่วยลดความไม่สุขสบายและกลุ่มอาการต่างๆ ที่เกิดจากภาวะโรคไตเรื้อรังได้ (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2548) นอกจากนี้การล้างไตทางช่องท้องจะมีการสูญเสียโปรตีนส่วนใหญ่ คือ อัลบูมิน ทำให้ระดับอัลบูมินลดลง จึงเกิดภาวะทุพโภชนาการ และอาการเหนื่อยล้าได้ (ทวิ ศิริวงศ์ และคณะ, 2551) จากการศึกษาของ สว่างวรรณ พิทยานฤมาน (2552) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีระดับอัลบูมินระหว่าง 2.1-2.7 g/dl จะรับรู้ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานของอาการมากกว่ามีระดับอัลบูมินระหว่าง 2.8-3.5 g/dl และมีระดับอัลบูมินมากกว่า 3.5 g/dl และพบว่าการมีระดับอัลบูมินระหว่าง 2.1-2.7 g/dl จะรับรู้ความถี่ของอาการมากกว่าระดับอัลบูมินมากกว่า 3.5 g/dl โดยแบ่งระดับอัลบูมินออกเป็น 2 ระดับ (ทวิ ศิริวงศ์ และคณะ, 2551) คือ ระดับอัลบูมินต่ำ และระดับอัลบูมินปกติ

5.9 ระดับแคลเซียม เป็นระดับปริมาณของเกลือแร่ชนิดแคลเซียมในกระแสเลือด เมื่อไตทำงานบกพร่องทำให้ฟอสเฟตในเลือดถูกกำจัดน้อยลง เกิดภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง ยับยั้งการสังเคราะห์ calcitriol และเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ทำให้มีอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ ปอดทำงานบกพร่อง และภาวะหัวใจล้มเหลว (สินธุ์วิสุทธิ์ สุธิชัย และพัชราภรณ์ สุดชาฎา, 2555) จากการศึกษาของ Manenti et al. (2009) พบว่า ระดับฟอสเฟตในเลือดสูงและระดับแคลเซียมในเลือดต่ำทำให้เกิดอาการคันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thong et al. (2009) พบว่าระดับแคลเซียมและฟอสเฟต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการคันและผิวแห้ง โดยแบ่งระดับแคลเซียมออกเป็น 3 ระดับ (NKF, 2003) คือ ระดับแคลเซียมต่ำ ระดับแคลเซียมปกติ และระดับแคลเซียมสูง

5.10 ระดับฟอสเฟต เป็นระดับปริมาณของเกลือแร่ชนิดฟอสเฟตในกระแสเลือด เมื่อไตทำงานบกพร่องทำให้เกิดภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง ยับยั้งการสังเคราะห์ calcitriol และเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ทำให้มีอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ ปอดทำงานบกพร่อง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และภาวะหัวใจล้มเหลว (สินธุ์วิสุทธิ์ สุธิชัย และพัชราภรณ์ สุดชาฎา, 2555) จากการศึกษาของ Manenti et al. (2009) พบว่าระดับฟอสเฟตในเลือดสูงและระดับแคลเซียมในเลือดต่ำทำให้เกิดอาการคันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thong et al. (2009) พบว่าระดับแคลเซียมและฟอสเฟต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการคันและผิวแห้ง โดยแบ่งระดับฟอสเฟตออกเป็น 3 ระดับ (NKF, 2003) คือ ระดับฟอสเฟตต่ำ ระดับฟอสเฟตปกติ และระดับฟอสเฟตสูง

5.11 ระดับความพอเพียงของการล้างไต เป็นระดับประสิทธิภาพของผนังช่องท้องในการกำจัดยูเรียออกจากร่างกายด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (อนุตตร จิตตินันท์, 2551) มีตัวย่อคือ “Kt/V” โดยมีแนวความคิดว่าปริมาตรของยูเรียที่ถูกขจัดออกไปเป็นกี่เท่าของปริมาตรของยูเรียที่อยู่ในร่างกาย สามารถทำการคำนวณได้ด้วยให้นำค่า “Kt” ไปหารด้วยค่า “V” โดยค่า “Kt” ย่อมาจาก total urea clearance คือ ค่าการขจัดยูเรียทางช่องท้องต่อวัน ได้มาจากผลคูณระหว่าง

ปริมาตรน้ำยาที่ระบายออกจากช่องท้องและอัตราส่วนของความเข้มข้นของยูเรียในน้ำยาที่ระบายออกมาเทียบกับยูเรียในพลาสมา ส่วนค่า “V” ย่อมาจาก urea distribution volume คือ ปริมาตรของยูเรียที่กระจายอยู่ในร่างกาย โดยมีค่าเท่ากับปริมาตรน้ำในร่างกาย (ศุภชัย ฐิติอาชากุล, 2544) ซึ่งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องอย่างเพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น ได้แก่ รู้สึกสบาย น้ำหนักคงที่ โภชนาการดี และความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thong et al. (2009) พบว่า ระดับความพอเพียงของการล้างไตมีความสัมพันธ์ทางลบกับ 3 กลุ่มอาการ คือ 1) กลุ่มอาการหายใจเหนื่อย เวียนศีรษะ ความอยากอาหารลดลง และคลื่นไส้ 2) กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ เจ็บแน่นหน้าอก ตะคริวและชาบริเวณแขนขา และ 3) กลุ่มอาการคัน และผิวแห้ง โดยแบ่งระดับความพอเพียงของการล้างไตออกเป็น 2 ระดับ (NKF, 2006) คือ ไม่มีความพอเพียงในการล้างไต และมีความพอเพียงในการล้างไต

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รณรงค์ หลีสุข (2549) ทำการศึกษาผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพพร้อมกับการนัดกวดจุดสะท้อนต่ออาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 40 คน อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกและหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีคุณสมบัติในการคัดเลือก คือ 1) มีคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับก่อนเข้าการทดลองอยู่ในช่วง 8-14 คะแนน 2) มีคะแนนเฉลี่ยของอาการเหนื่อยล้าก่อนเข้าการทดลองอยู่ในช่วง 4-10 คะแนน 3) มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าการทดลองอยู่ในช่วง 50-69 คะแนน 4) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ อัตราการเต้นของหัวใจ เท่ากับ 70-84 bpm ความดันโลหิตซิสโตลิก อยู่ระหว่าง 120-140 mmHg ความดันโลหิตไดแอสโตลิก อยู่ระหว่าง 70-90 mmHg 5) ไม่มีข้อห้ามของการนัดกวดจุดสะท้อน เช่น โรคเบาหวานที่มีแผลที่บริเวณเท้า มีความพิการที่ขา มีแผลเปิดหรือมีการอักเสบในบริเวณที่จะทำการนัด 6) พูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และ 7) ได้รับความเห็นชอบจากอายุรแพทย์โรคไตผู้ดูแล โดยมีเครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพพร้อมกับการนัดกวดจุดสะท้อน ที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการให้ข้อมูลของ Butcher (cited in McCloskey and Bulechek, 2000) และการดูแลแบบเสริมเกี่ยวกับการนัดกวดจุดสะท้อนที่เข้าร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยพัทธิญา แก้วแพง (2547) 3) แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของ Piper et al. (1998) ที่ได้รับการแปลและดัดแปลงโดย เพียงใจ ตาโลปการ (2545) และ 4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Zung

(1965) ที่ได้รับการแปลโดย ศันสนีย์ สมิตะเกษตริณ (2528) ผลการศึกษาพบว่า อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการให้ข้อมูล ด้านสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนอาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการให้ข้อมูล ด้านสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สุกัญญา จ้อยกล้า (2550) ทำการศึกษาอาการที่พบบ่อย การประเมินอาการ และการจัดการ กับอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 220 คน ที่เข้ารับบริการ ณ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน 12 แห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะไตเรื้อรัง 2) ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน 3) เป็นผู้มีความสามารถสื่อสารได้เข้าใจ และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบประเมินระดับความถี่ ระดับความรุนแรง และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นขณะฟอกเลือด และใน 24 ชั่วโมงแรก หลังการฟอกเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และ 3) แบบประเมินกลุ่มอาการที่คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นขณะฟอกเลือดและใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการฟอกเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า 1) อาการที่พบ บ่อยขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 5 อันดับแรก คือ เบื่อหน่าย หน้ามืดเวียนศีรษะ ตะคริว หัวใจเต้นเร็ว และคัน 2) อาการที่พบบ่อยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 5 อันดับแรก คือ อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง หน้ามืดคล้ายจะเป็นลม ตะคริว ปวดศีรษะ และเบื่ออาหาร 3) การจัดการกับอาการที่พบบ่อยในขณะฟอกเลือด คือ 3.1) การจัดการกับอาการรู้สึกเบื่อหน่าย 3 วิธีแรก คือ (1) เบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟังเพลง (2) ทำใจยอมรับกับอาการ หรือเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้น และ (3) พูดคุยเพื่อระบายความรู้สึกกับคนอื่น 3.2) การจัดการกับอาการ หน้ามืดเวียนศีรษะ 3 วิธีแรก คือ (1) ขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ (2) นอนราบให้ศีรษะต่ำ และ (3) ดื่มน้ำหวาน/อมลูกอม 3.3) การจัดการกับอาการตะคริว 3 วิธีแรก คือ (1) ขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ (2) เขยิบด/เกร็ง/กระดกปลายเท้า และ (3) บีบ/นวด/กดบริเวณที่มีอาการ 3.4) การจัดการกับอาการปวดศีรษะ 3 วิธีแรก คือ (1) อดทน/รอดูอาการ (2) รับประทานยาแก้ปวด (paracetamol) และ (3) ขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ และ 3.5) การจัดการกับอาการคัน 2 วิธีแรก คือ (1) ใช้มือ/ผ้า/ไม้เกาหลัง เกาเบาๆ บริเวณที่มีอาการ และ (2) อดทน/รอดูอาการ ส่วน 4) การจัดการกับอาการที่พบบ่อยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการฟอกเลือด คือ 4.1) การจัดการกับอาการ อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง 3 วิธีแรก คือ (1) นิ่ง/นอนพักผ่อน (2) รับประทานอาหาร และ (3) ดื่มน้ำหวาน/

อมลुकอม 4.2) การจัดการกับอาการหน้ามืดคล้ายจะเป็นลม 3 วิธีแรก คือ (1) นั่ง/นอนพักผ่อน (2) ดมยาตม/แอมโมเนีย และ (3) ดื่มน้ำหวาน/อมลुकอม 4.3) การจัดการกับอาการตะคริว 3 วิธีแรก คือ (1) บีบ/นวด/กด บริเวณที่มีอาการ (2) เขยียด/เกร็ง/กระดกปลายเท้า และ (3) ยืน/ย่ออยู่กับที่ 4.4) การจัดการกับอาการปวดศีรษะ 3 วิธีแรก คือ (1) รับประทานยาแก้ปวด paracetamol (2) นั่ง/นอนพักผ่อน และ (3) อดทน/รอดูอาการ และ 4.5) การจัดการกับอาการเบื่ออาหาร 3 วิธีแรก คือ (1) รับประทานอาหารน้อยๆ บ่อยครั้ง (2) ปรับเปลี่ยนเมนูอาหาร และ (3) รับประทานอาหารอ่อน เช่น ข้าวต้ม

วนิดา คู่เคียงบุญ (2551) ทำการศึกษาการจัดการกับภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 12 คน ที่มารับการรักษาที่ตึกอายุรกรรมหญิงและตึกอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลอุดรธานี มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกิน 2) อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 3) มีระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน และการโต้ตอบเป็นปกติ และ 4) มีความยินดีเข้าร่วมในการศึกษาโดยการเซ็นใบยินยอม โดยใช้แบบสอบถาม 2 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเพื่อใช้บันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบสัมภาษณ์แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การมีภาวะน้ำเกิน กลวิธีการจัดการภาวะน้ำเกิน และผลจากภาวะน้ำเกินตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกิน ตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Larson et al. (1994) ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การมีภาวะน้ำเกินสามารถจัดกลุ่มตามระดับความรุนแรงได้เป็น 2 ระดับ คือ 1) ระดับเล็กน้อยหรือไม่รุนแรง คือ มีอาการ แขน ขา หน้า บวม เดินไปมาลำบาก ใส่เสื้อผ้ารู้สึกคับ ใส่รองเท้าคับและหลุด น้ำหนักเพิ่ม ไม่มีอาการเหนื่อยมาก สามารถทำกิจวัตรประจำวันเล็กๆ น้อยๆ ได้เอง และ 2) ระดับรุนแรง คือ มีอาการระดับเล็กน้อยหรือไม่รุนแรง ร่วมกับอาการบวมมาก บวมทั้งตัว แน่นอึดอัดท้อง ท้องบวมแข็ง ปัสสาวะออกน้อยหรือไม่ออก มีอาการหอบเหนื่อย ไอ นอนราบไม่ได้ และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ส่วนการจัดการกับภาวะน้ำเกิน กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการกับอาการของภาวะน้ำเกินตามระดับความรุนแรงดังนี้ 1) การจัดการกับอาการในระดับเล็กน้อยหรือไม่รุนแรง โดยการสังเกตอาการ การดื่มน้ำให้น้อยลง การรับประทานอาหารรสจืด การรับประทานยาขับปัสสาวะ และสังเกตจำนวนปัสสาวะที่ออก การตวงปัสสาวะ และอมน้ำแข็งแทนการดื่มน้ำ และ 2) การจัดการกับอาการในระดับรุนแรงมาก โดยการสังเกตอาการ การจำกัดน้ำและอาหาร การรับประทานยาขับปัสสาวะเพิ่มขึ้น การนอนศีรษะสูงโดยใช้หมอนหลายใบหรือผ้าห่มซ้อนกันหลายผืน การนอนตะแคง การนั่งฟูบหรือนอนฟูบ และการนอนคว่ำหน้า ซึ่งภาวะน้ำเกินส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง 5 ด้าน คือ 1) การบั่นทอนสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ 2) การคุกคามต่อชีวิต 3) วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลง 4) ภาพลักษณ์เปลี่ยนไป และ 5) ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

รัศมี บัณณสิทธิ์รัตน์ (2552) ทำการศึกษาภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 105 คน ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคไต แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีคุณสมบัติในการคัดเลือกเข้า คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และ 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ โดยใช้แบบสอบถาม 4 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale, Thai HADS) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2540) 3) แบบสอบถามประเมินปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Thai Interpersonal Questionnaire) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย พิรพนธ์ ลีบุญธวัชชัย (2551) และ 4) แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว (Family Relationship and Functioning Questionnaire) ที่พัฒนาขึ้นโดยพิรพนธ์ ลีบุญธวัชชัย (2550) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 8.60 มีภาวะวิตกกังวลแต่ยังไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจน ร้อยละ 15.20 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10.50 และมีภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจน ร้อยละ 16.20 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ และความบกพร่องทางสัมพันธภาพ ( $\chi^2 = 5.024, p < 0.05; \chi^2 = 8.584, p < 0.01$  ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ อายุ สถานภาพ การประกอบอาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $\chi^2 = 5.874, 4.432, 6.303, 6.303,$  ตามลำดับ  $p < 0.05; \chi^2 = 6.743, 7.843,$  ตามลำดับ  $p < 0.01$ ) ส่วนปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวล คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Adjusted OR = 10.070, 95%CI = 1.617-62.722,  $p < 0.05$ ) และความบกพร่องทางสัมพันธภาพ (Adjusted OR = 5.240, 95%CI = 1.565-17.540,  $p < 0.01$ ) และปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า คือ สถานภาพโสด หม้าย หย่าร้าง และแยกกันอยู่ (Adjusted OR = 2.765, 95%CI = 1.019-7.506,  $p < 0.05$ )

สว่างวรรณ พิทยานฤมาน (2552) ทำการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในภาคใต้ ประเทศไทย จำนวน 200 คน ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคไตแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ ภาคใต้ 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีคุณสมบัติในการคัดเลือกเข้า คือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีระดับ GFR ต่ำกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาที 3) ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้อง) 4) มีสติสัมปชัญญะและสามารถบอกอาการได้ด้วยตนเอง 5) ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น การพูด และการเขียนภาษาไทย 6) ยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัย 7) ไม่เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท 8)

สามารถจดจำสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาได้ 9) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและจำเป็นต้องได้รับการเข้าพักรักษาตัวภายในโรงพยาบาล และ 10) มีอาการด้านร่างกายคงที่ สัญญาณชีพปกติ โดยใช้แบบสอบถาม 2 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง และ 2) แบบประเมินอาการในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในแต่ละมิติ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมิน The Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) ของ Potenoy et al. (1994) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และกรอบแนวคิด Theory of unpleasant symptoms ของ Lenz et al. (1997) ให้ครอบคลุมมิติด้านความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมานของการรับรู้อาการทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้ง 38 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากที่สุด ร้อยละ 43.00 รองลงมา คือ ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ร้อยละ 29.50 และได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ร้อยละ 27.50 โดยมีประสบการณ์การรับรู้อาการคับมากที่สุด ร้อยละ 84.00 ส่วนการรับรู้อาการในแต่ละมิติ พบว่า อาการนอนไม่หลับ เป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมานของอาการมากที่สุด ( $\bar{X} = 2.42$ ,  $SD = 1.53$ ;  $\bar{X} = 1.88$ ,  $SD = 1.35$ ;  $\bar{X} = 2.10$ ,  $SD = 1.5$  ตามลำดับ) ส่วนอาการอื่นๆ ที่เกิดขึ้นทั้งหมดในกลุ่มตัวอย่าง คือ เหนื่อยล้า คับ นอนไม่หลับ ผิวแห้ง ตะคริว ปากแห้ง เบื่ออาหาร เหงื่อออกน้อยผิดปกติ ง่วงนอน ซาปลายมือปลายเท้า ปวดแน่นท้อง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หายใจเหนื่อย ท้องผูก ปวดกระดูก/ข้อ ผม่วิ่ง ไอ บวมที่หน้าแขนและขา ความต้องการทางเพศลดลง คลื่นไส้ ขากระตุก อาเจียน ท้องเสีย เจ็บแน่นหน้าอก การรับรสเปลี่ยน กลืนลำบาก วิดก กังวล หงุดหงิด/ไม่โหง่ ขาดสมาธิ/หลงลืมง่าย ซึมเศร้า กระวนกระวาย และรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการรับรู้อาการในแต่ละมิติจำแนกตามตัวแปร อายุ เพศ ประเภทการรักษา และภาวะซีดที่แตกต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการในมิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน ไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการในระดับที่แตกต่างกัน จะมีการรับรู้อาการในแต่ละมิติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการพร่องปานกลาง (ระดับอัลบูมินอยู่ระหว่าง 2.1-2.7 g/dl) มีการรับรู้อาการในมิติความรุนแรงและมิติความทุกข์ทรมานสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการพร่องเล็กน้อย (ระดับอัลบูมินอยู่ระหว่าง 2.8-3.5 g/dl) และภาวะโภชนาการปกติ (ระดับอัลบูมินมากกว่า 3.5 g/dl) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 4.65$ ,  $p = 0.01$ ;  $F = 4.29$ ,  $p = 0.02$  ตามลำดับ) และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการพร่องปานกลาง มีการรับรู้อาการในมิติความถี่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 3.07$ ,  $p = 0.05$ )

ดวงรัตน์ มนโรสง (2553) ทำการศึกษาประสิทธิผลการมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 126 คน อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกซีเอพีดี (CAPD) 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว มีคุณสมบัติในการคัดเข้า คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป 2) ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ โดยมีคะแนนการรับรู้จากแบบประเมินสมรรถภาพสมองของไทยเท่ากับหรือมากกว่า 24 คะแนน 3) มีประสิทธิผลการมีอาการอ่อนล้าตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป ประเมินจากแบบคัดกรองประสิทธิผลการมีอาการอ่อนล้า และ 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ โดยใช้แบบสอบถาม 4 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินประสิทธิผลการมีอาการอ่อนล้า (Revised Piper Fatigue Scale) ของ Piper et al. (1998) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยเพียงใจ ตาโลปการ (2545) 3) แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการอ่อนล้าและผลจากการจัดการกับอาการอ่อนล้า ที่พัฒนาโดย Petchrung (2004) และ 4) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2541) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิผลการมีอาการอ่อนล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 4.73$ ,  $SD = 1.75$ ) เมื่อพิจารณารายด้านทั้งหมด 4 ด้าน พบว่า มี 3 ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ 1) ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของอาการอ่อนล้า ( $\bar{X} = 5.12$ ,  $SD = 2.58$ ) 2) ด้านร่างกายและจิตใจ ( $\bar{X} = 4.71$ ,  $SD = 1.86$ ) และ 3) ด้านการให้ความหมายของอาการอ่อนล้า ( $\bar{X} = 4.12$ ,  $SD = 2.12$ ) ส่วนอีก 1 ด้าน คือ ด้านสติปัญญา อารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อย ( $\bar{X} = 2.59$ ,  $SD = 1.22$ ) โดยกลวิธีการจัดการอาการอ่อนล้าที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ นั่งพักผ่อน (ร้อยละ 96.00) รองลงมา คือ นีบหลับ (ร้อยละ 91.30) ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง (ร้อยละ 90.50) นอนหลับ (ร้อยละ 88.10) และคิดในทางที่ดี (ร้อยละ 81.00) ตามลำดับ ส่วนกลวิธีการจัดการอาการอ่อนล้าที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติน้อยที่สุด 5 อันดับสุดท้าย คือ รับประทานอาหารเสริม (ร้อยละ 30.20) ทำงานอดิเรกที่ชอบ (ร้อยละ 23.80) รับประทานยาสมุนไพร (ร้อยละ 11.90) เล่นโยคะ (ร้อยละ 5.60) และการฝังเข็ม (ร้อยละ 2.40) ตามลำดับ ส่วนกลวิธีการจัดการอาการอ่อนล้าที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่าสามารถจัดการกับอาการอ่อนล้าได้ผลมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง รองลงมา คือ นั่งพักผ่อน นีบหลับ นอนหลับ คิดในทางที่ดี และดื่มน้ำหวาน ส่วนกลวิธีการจัดการอาการอ่อนล้าที่ได้ผลน้อยที่สุด 5 อันดับสุดท้าย คือ รับประทานอาหารเสริม ทำงานอดิเรกที่ชอบ รับประทานยาสมุนไพร เล่นโยคะ และฝังเข็ม ส่วนแหล่งที่มาของกลวิธีการจัดการอาการอ่อนล้าที่กลุ่มตัวอย่างใช้เพื่อบรรเทาอาการของตนเองส่วนใหญ่ได้มาจากประสบการณ์หรือการเรียนรู้ด้วยตนเอง (ร้อยละ 79.40) รองลงมา คือ จากบุคลากรในทีม

สุขภาพ (ร้อยละ 28.60) จากสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 21.40) จากเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน (ร้อยละ 16.70) จากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ หรืออินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 15.10) จากเพื่อนบ้าน (ร้อยละ 7.10) และจากใบปลิว/บอร์ดประชาสัมพันธ์ (ร้อยละ 0.80) นอกจากนี้ยังพบว่า ประสิทธิภาพการมีอาหารอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.46, p < 0.01$ )

วรรณวิชา สำราญเนตร (2553) ทำการศึกษาในกลุ่มอาการขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 128 คน ที่มารับบริการ ณ แผนกไตเทียม โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชลบุรี มีคุณสมบัติในการคัดเลือกเข้า คือ 1) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน 3) มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถบอกอาการได้ด้วยตนเอง และ 4) มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม 2 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และ 2) แบบสัมภาษณ์อาการขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมิน Dialysis Symptom Index (DSI) ของ Weisbord et al. (2004) ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 5 อันดับแรก คือ 1) อ่อนเพลีย (ร้อยละ 75.00) 2) ตะคริว (ร้อยละ 64.90) 3) ปวดหลัง (ร้อยละ 53.90) 4) ชาปลายมือปลายเท้า (ร้อยละ 51.60) และ 5) หน้ามืดเวียนศีรษะ (ร้อยละ 50.10) และ 2) กลุ่มอาการขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 5 กลุ่มอาการ คือ 1) กลุ่มอาการไม่สุขสบาย ประกอบด้วย อาการกระหายน้ำ คั้น ไม่สุขสบาย ชาปลายมือปลายเท้า วิดกกังวล และอ่อนเพลีย 2) กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร ประกอบด้วย อาการปวดท้อง หายใจลำบาก คลื่นไส้/ อาเจียน และปวดตึงกล้ามเนื้อ 3) กลุ่มอาการระบบหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย อาการเจ็บแสบตามเส้นบริเวณที่ใช้ฟอกเลือด หัวใจเต้นเร็วและใจสั่น 4) กลุ่มอาการระบบประสาทแลกล้ามเนื้อ ประกอบด้วย อาการปวดหลัง ชากระดูก ปวดศีรษะ และตะคริว และ 5) กลุ่มอาการไข้และหนาวสั่น ประกอบด้วย อาการไข้ และหนาวสั่น

กรวรรณ ปานแพ และคณะ (2011) ทำการศึกษาประสิทธิภาพการมีอาหารเพื่ออาหาร กลวิธีการจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 88 ราย ที่มารับบริการ ณ หน่วยไตเทียม มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลสงฆ์ มีคุณสมบัติในการคัดเลือกเข้า คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน 2) การรับรู้ปกติ สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ 3) มีอาการเบื่ออาหารในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา 4) ไม่ได้มีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเมเร็งทุกระยะ 5) ไม่ได้อยู่ในระหว่างการตั้งครุฑ และ 6) ไม่ได้มีค่าความพอเพียงในการฟอกเลือด ( $Kt/V$ ) น้อยกว่า 1.2 ในผู้ป่วยที่ฟอกเลือด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และน้อยกว่า 1.8 ในผู้ป่วยที่ฟอกเลือด 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถาม 4 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความอยากอาหาร Council on



Nutrition Appetite Questionnaire (CNAQ) ที่พัฒนาขึ้นโดย Wilson et al. (2005) 3) แบบสอบถามกลวิธีจัดการกับอาการเบื่ออาหาร ที่พัฒนาขึ้นโดย อรุณี หล่อนิล (2547) และ 4) แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ (Thai Modified Function Living Index Cancer version 2, T-FLIC 2) ของ สุมิตรา ทองประเสริฐ และคณะ (2548) ที่พัฒนาและปรับปรุงมาจากแบบสอบถาม Functional Living Index Cancer (FLIC) ของ Schipper and Levitt (1985) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การมีอาการเบื่ออาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 20.0$ ,  $SD = 5.38$ ) โดยมีกลวิธีจัดการกับอาการเบื่ออาหารที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบ่อยที่สุด 5 อันดับแรก คือ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ( $\bar{X} = 3.75$ ,  $SD = 0.79$ ) บริโภคอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพ ( $\bar{X} = 3.17$ ,  $SD = 0.86$ ) ประุงรสชาติอาหารให้ถูกปากโดยใช้เครื่องเทศปรุงอาหารและ/หรือเติมเครื่องปรุงรสในอาหาร ด้วยมะนาว น้ำตาล ( $\bar{X} = 2.80$ ,  $SD = 1.00$ ) หลีกเลี่ยงอาหารที่มีแก๊ส เช่น กะหล่ำปลี เครื่องดื่มที่ก่อให้เกิดก๊าซคาร์บอนเนต ( $\bar{X} = 2.68$ ,  $SD = 1.20$ ) และเลือกรับประทานอาหารที่ดูน่ารับประทานและมีกลิ่นหอม ( $\bar{X} = 2.50$ ,  $SD = 1.18$ ) ส่วนภาวะการทำหน้าที่ที่มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 41.90$ ,  $SD = 9.37$ ) และพบว่าประสบการณ์การมีอาการเบื่ออาหารมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.23$ ,  $p = 0.01$ )

ศิริอร สินธุ รสสุคนธ์ วาริทสกุล และอรพรรณ ศรียุคตศุท (2011) ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 100 คน ที่มารับบริการ ณ หน่วยไตเทียม 20 แห่งในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีคุณสมบัติในการคัดเข้า คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 2) ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องมานานอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และ 3) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบสอบถาม 4 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินภาวะโรคร่วม (Charlson's Comorbid Index: CCI) ที่พัฒนาโดย Charlson et al. (1987) 3) แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Katz Index: KI) ที่พัฒนาโดย Katz et al. (1963) และปรับปรุงใหม่โดย Reijneveld, Spijker, and Dijkshoorn (2007) และ 4) แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย (9-Item Thai Patient Health Questionnaire: Thai PHQ-9) ที่ถูกนำมาปรับใช้ในคนไทยโดย Lotrakul, Sumrithe, and Saipanich (2008) เพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 31.00 ปัจจัยด้านอาชีพและการมีญาติผู้ดูแลในการล้างไตทางช่องท้องมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $X^2 = 12.011$ ,  $p = 0.001$ ;  $X^2 = 6.840$ ,  $p = 0.009$  ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านอายุ ภาวะโรคร่วม และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.386, 0.339, -0.467$ ,  $p < 0.001$  ตามลำดับ)

รภัสศา แพรภัทรประสิทธิ์ พรรณวดี พุชวิฒนะ และวรรณภา ประไพพานิช (2557) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนอนหลับผิดปกติในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 100 คน ที่มารับบริการ ณ หน่วยไตเทียม มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลสงฆ์ มีคุณสมบัติในการคัดเข้า คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 ครั้ง/สัปดาห์ 2) มีผลการตรวจเลือดไม่เกิน 1 เดือนก่อนวันเก็บข้อมูล 3) ไม่มีปัญหาการได้ยิน มีระดับความรู้สีกตัวดี รับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา โดยใช้แบบสอบถาม 5 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก 3) แบบประเมินสุขอนามัยการนอนหลับ ของ ทศนา นิลพัฒน์ (2549) 4) แบบประเมินความเครียด ของ พาพร วิมุกตะลพ (2551) และ 5) แบบประเมินการนอนหลับผิดปกติ ประกอบด้วย 4 ชุด คือ 5.1) แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ ของ พัทรีญา แก้วแพง (2547) ซึ่งดัดแปลงมาจาก Insomnia Severity Index (1993) 5.2) แบบประเมินอาการง่วงง่ายระหว่างวัน ของ จันทร์จิรา ความรู้ (2548) ซึ่งดัดแปลงมาจาก Epworth Sleepiness Scale ของ John (1991) 5.3) แบบประเมินกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพัก และ 5.4) แบบประเมินภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ของ กนกอร ศาสตวิชาติศักดิ์ (2551) ซึ่งดัดแปลงมาจาก Modified Berlin Questionnaire ของ Sharma et al. (2006) ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีอาการนอนหลับผิดปกติ ร้อยละ 85.00 ซึ่งอาการที่พบมากเรียงตามลำดับ คือ อาการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 56.00) กลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพัก (ร้อยละ 50.00) อาการง่วงง่ายระหว่างวัน (ร้อยละ 39.00) และเสียงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (ร้อยละ 14.00) 2) สุขอนามัยการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการนอนไม่หลับและอาการง่วงง่ายระหว่างวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.29$ ,  $r = -0.33$ ,  $p < 0.05$ ) และ 3) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับและอาการง่วงง่ายระหว่างวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.46$ ,  $r = 0.29$ ,  $p < 0.05$ )

กัลยา บุญจันทร์ (2558) ทำการศึกษาการติดตามตนเอง การประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน และอาการภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 93 คน ที่มารับบริการ ณ คลินิก CAPD หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม มีคุณสมบัติในการคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง 2) สามารถเข้าใจสื่อสารด้วยการอ่าน การพูด และฟังภาษาไทยได้ดี และ 3) มีอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป ถึงน้อยกว่า 60 ปี โดยใช้แบบสอบถาม 5 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง 3) แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 4) แบบสอบถามการติดตามตนเองและการประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน ของ สุรีย์วรรณ รัตนกิจสุนทร (2558) และ 5) แบบสอบถามอาการของภาวะน้ำเกิน (ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะน้ำเกิน ร้อยละ 87.10 โดยมีอาการของ

ภาวะน้ำเกินเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 5 ลำดับแรก คือ 1) ค่าความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 130/80 mmHg (ร้อยละ 77.40) 2) บวมกตบวมตามแขนและขา (ร้อยละ 32.30) 3) บวมน้ำที่ใบหน้าและหนังตา (ร้อยละ 41.90) 4) ไอขณะนอนราบ (ร้อยละ 32.30) และ 5) แน่น อึดอัด หายใจเหนื่อยหอบ (ร้อยละ 17.20)

สิริกาญจน์ หาญรบ และคณะ (2015) ทำการศึกษาประสพการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยไตอักษะลูปัส จำนวน 100 ราย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มีคุณสมบัติในการคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตอักษะลูปัสมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน 2) มีอาการอย่างน้อย 1 อาการ (ประเมินโดยใช้แบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการ) และ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยและให้ข้อมูลได้ โดยใช้แบบสอบถาม 4 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการของผู้ป่วยไตอักษะลูปัส ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินอาการ MSAS ของ Portenoy et al. (1994) 3) แบบสัมภาษณ์กลวิธีการจัดการอาการ ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) และ 4) แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ (Thai Modified Function Living Index Cancer version 2, T-FLIC 2) ของ สุมิตรา ทองประเสริฐ และคณะ (2548) ที่พัฒนาและปรับปรุงมาจากแบบสอบถาม Functional Living Index Cancer (FLIC) ของ Schipper and Levitt (1985) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสพการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ ตามัว อ่อนเพลียหรือไม่มีแรง นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ และปวดข้อ โดยมีกลวิธีการจัดการอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับ คือ อาการตามัว ใช้กลวิธีการจัดการอาการโดยการพบแพทย์ ร้อยละ 23.1 อาการนอนไม่หลับหรือนอนยาก ใช้กลวิธีการจัดการอาการโดยพยายามฝึนนอนหลับ ร้อยละ 34.2 อาการอ่อนเพลียหรือไม่มีแรง ใช้กลวิธีการจัดการอาการโดยการนอนพัก ร้อยละ 57.3 อาการปวดศีรษะ ใช้กลวิธีการจัดการอาการโดยการรับประทานยาแก้ปวด ร้อยละ 54.6 และอาการปวดข้อ ใช้กลวิธีการจัดการอาการโดยยาทาลดปวด/เมื่อย เช่น ยาหม่อง ร้อยละ 55 และมีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในเกณฑ์ดี ( $\bar{X} = 47.74$ ,  $SD = 7.79$ ) และพบว่าประสพการณ์การมีอาการตามัว นอนไม่หลับ อ่อนเพลียหรือไม่มีแรง ปวดข้อ และปวดศีรษะ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.32, -0.31, -0.49, -0.49, -0.23$  ตามลำดับ;  $p < 0.05$ )

จันทร์อาภา ธนธรรมสถิตย์ นัยนา พิพัฒน์วณิชชา และพรชัย จุลเมตต์ (2559) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 120 คน ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 5 มีคุณสมบัติในการคัดเข้า คือ 1) ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน 2) มีสติ

สัมพัทธ์ญาณสมบุรณ์ สื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม 6 ส่วน คือ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินภาวะโรคร่วมของ Charlson et al. (1987) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย Utriyaprasit (2001) 3) แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย ที่พัฒนามาจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของ Yesavage et al. (1983) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย อรรวรรณ ลีทองอิน (2534) 4) แบบสัมภาษณ์กิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ที่พัฒนาโดย Washburn, Smith, Jette, and Janney (1994) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย วิ พูลสวัสดิ์ (2550) และ 5) แบบประเมินแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ (Bowel pattern assessment form) ที่พัฒนาโดย Hinrich and Huseboe (2001) ซึ่งนำมาดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยโดย โบตัน แสนสุขสวัสดิ์ พรรณวดี พุฒวัฒน์ และสุภาพ อารีเอื้อ (2550) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะท้องผูก ร้อยละ 67.50 กิจกรรมทางกายและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะท้องผูก ( $\chi^2 = 20.35$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0.001$ ;  $\chi^2 = 5.47$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.011$ ) ส่วนอายุ เพศ ประเภทของการบำบัดทดแทนไต จำนวนยาที่ใช้ การรับประทานอาหารเส้นใยสูง และภาวะโรคร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะท้องผูก

อนุชา ไทยวงษ์ (2559) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 มีค่าอัตราการกรองของไต 15-59 ต่อหน้าที่ต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร จำนวน 150 คน ที่เข้ามาใช้บริการ ณ คลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีคุณสมบัติในการคัดเลือก คือ 1) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ ในกรณีที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินการรับรู้ตามแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) โดยมีคะแนนรวมมากกว่า 23 คะแนน 3) หากมีโรคร่วมทางอายุรกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ต้องไม่มีอาการกำเริบในช่วง 1 เดือนก่อนเข้าร่วมการศึกษา 4) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเมเร็งทุกชนิดในทุกๆระยะและโรคทางจิตเวช และ 5) มีความยินดี และเต็มใจในการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้แบบสอบถาม 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือคัดกรอง คือแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ของนิพนธ์ พวงนรินทร์ และคณะ (2536) 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 2.1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2.2) แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้แบบประเมินอาการ Patient Outcome Scale (POSs) ของ Murphy และคณะ (2008) 17 อาการ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม สอบถามการรับรู้อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งหมด 27 อาการ และประเมินอาการใน 2 มิติ คือ ความถี่และความรุนแรง 2.3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป (SF-36)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการไม่พึงประสงค์ 1-15 อาการ ( $\bar{X} = 7.44$ ,  $SD = 3.76$ ) โดย 1) อาการไม่พึงประสงค์ที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ 1.1) ชาปลายมือปลายเท้า (ร้อยละ 62.00) 1.2) ปวดกระดูกและข้อ (ร้อยละ 60.00) 1.3) ปัสสาวะบ่อยกลางคืน (ร้อยละ 50.67) 1.4) อ่อนเพลีย (ร้อยละ 50.00) และ 1.5) นอนไม่หลับ (ร้อยละ 48.00) 2) อาการไม่พึงประสงค์ที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความถี่สูงสุด 5 อันดับแรก คือ 2.1) ชาปลายมือปลายเท้า 2.2) ชากระดูก 2.3) เคลื่อนไหวไม่สะดวก 2.4) ตะคริว และ 2.5) ปัสสาวะบ่อยกลางคืน 3) อาการไม่พึงประสงค์ที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงสูงสุด 5 อันดับแรก คือ 3.1) ชาปลายมือปลายเท้า 3.2) เคลื่อนไหวไม่สะดวก 3.3) ปวดกระดูกและข้อ 3.4) นอนไม่หลับ และ 3.5) ชากระดูก 4) อาการไม่พึงประสงค์ทั้งหมด 28 อาการ สามารถจัดเป็นกลุ่มอาการได้ 8 กลุ่ม คือ 4.1) กลุ่มอาการทางจิตใจและอารมณ์ ประกอบด้วย 6 อาการ คือ นอนไม่หลับ วิตกกังวล หายใจลำบาก ไม่มีสมาธิ รู้สึกซึมเศร้า และหงุดหงิดง่าย 4.2) กลุ่มอาการผิดปกติของประสาทส่วนปลาย ประกอบด้วย 3 อาการ คือ แสบร้อนขา/ฝ่าเท้า ชากระดูก และชาปลายมือปลายเท้า 4.3) กลุ่มอาการอ่อนเพลีย ประกอบด้วย 3 อาการ คือ คลื่นไส้ อาเจียน และอ่อนเพลีย 4.4) กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร ประกอบด้วย 4 อาการ คือ มีแผลในช่องปาก เบื่ออาหาร ท้องผูก และท้องเสีย 4.5) กลุ่มอาการปวด ประกอบด้วย 3 อาการ คือ เคลื่อนไหวไม่สะดวก ปวดกระดูกและข้อ และตะคริว 4.6) กลุ่มอาการอาการภาวะซีด ประกอบด้วย 2 อาการ คือ ปวดศีรษะ และเวียนศีรษะ 4.7) กลุ่มอาการระบบทางเดินปัสสาวะ ประกอบด้วย 2 อาการ คือ ปัสสาวะบ่อยกลางคืน และความรู้สึกทางเพศเปลี่ยนแปลง และ 4.8) กลุ่มอาการของเสียคั่ง ประกอบด้วย 5 อาการ คือ รู้สึกบวมตึงที่แขนและขา ผิวหนังแห้ง เชื่องซึม/ง่วงซึม คันตามร่างกาย และบวมที่ใบหน้า 5) คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางถึงดี (อยู่ในช่วง 49.78-92.68) 5.1) คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 74.42$ ,  $SD = 1.08$ ) 5.2) คุณภาพชีวิตมิติสุขภาพกายและมิติสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 71.99$ ,  $SD = 1.67$ ;  $\bar{X} = 74.42$ ,  $SD = 1.08$ ) 6) กลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ที่มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ 6.1) กลุ่มอาการทางจิตใจและอารมณ์ ( $r = -0.237$ ,  $p < 0.05$ ) 6.2) กลุ่มอาการผิดปกติของประสาทส่วนปลาย ( $r = -0.166$ ,  $p < 0.05$ ) 6.3) กลุ่มอาการอ่อนเพลีย ( $r = -0.185$ ,  $p < 0.05$ ) 6.4) กลุ่มอาการปวด ( $r = -0.197$ ,  $p < 0.05$ ) 6.5) กลุ่มอาการภาวะซีด ( $r = -0.183$ ,  $p < 0.05$ ) และ 6.6) กลุ่มอาการไม่พึงประสงค์โดยรวม ( $r = -0.273$ ,  $p < 0.05$ ) 7) กลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ที่มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพกายมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ 7.1) กลุ่มอาการปวด ( $r = -0.382$ ,  $p < 0.05$ ) 7.2) กลุ่มอาการของเสียคั่ง ( $r = -0.288$ ,  $p < 0.05$ ) และ 7.3) กลุ่มอาการทางจิตใจและอารมณ์ ( $r = -0.280$ ,  $p < 0.05$ ) และ 8) กลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ที่มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตมิติ

สุขภาพจิตมากที่สุด คือ 8.1) กลุ่มอาการทางจิตใจและอารมณ์ ( $r = -0.190, p < 0.05$ ) และ 8.2) กลุ่มอาการผิดปกติของประสาทส่วนปลาย ( $r = -0.164, p < 0.05$ )

Thong et al. (2009) ทำการศึกษากลุ่มอาการ และหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการและตัวแปรทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไตทั้งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 1,553 คน ที่เข้ามาใช้บริการ ณ หน่วยล้างไต 38 แห่งในประเทศเนเธอร์แลนด์ โดยมีคุณสมบัติในการคัดเลือก คือ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และ 2) ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือได้รับการล้างไตทางช่องท้อง เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน โดยใช้แบบสอบถาม 5 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินโรคร่วม ของ Davies et al. (1995) 3) แบบประเมิน The Karnofsky Index ของ Karnofsky & Burchervall (1949) เพื่อประเมินภาวะการทำหน้าที่ และ 4) แบบประเมิน the disease-specific Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™) ของ Mingardi, Merkus, & Jansen (2002) เพื่อประเมินอาการ ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 3 กลุ่มอาการ คือ 1.1) กลุ่มอาการที่ 1 ประกอบด้วย หายใจเหนื่อย เวียนศีรษะ ความอยากอาหารลดลง รู้สึกเหมือนถูกบีบคั้น และคลื่นไส้ 1.2) กลุ่มอาการที่ 2 ประกอบด้วย ปวดกล้ามเนื้อ เจ็บหน้าอก ตะคริว และชาปลายมือปลายเท้า และ 1.3) กลุ่มอาการที่ 3 ประกอบด้วย คัน และผิวแห้ง 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการที่ 1 ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง คือ ภาวะการทำหน้าที่ และระดับความพอเพียงของการล้างไต ( $r = -0.321, p < 0.001; r = -0.103, p < 0.05$  ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือ ภาวะการทำหน้าที่ ระดับ C-reactive protein ระดับอัลบูมิน ระดับฮีโมโกลบิน และโรคร่วมชนิดโรคเบาหวาน ( $r = -0.332, 0.142, -0.232, -0.126, p < 0.001; r = -0.079, p < 0.05$  ตามลำดับ) 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการที่ 2 ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง คือ ภาวะการทำหน้าที่ อายุ ระดับความพอเพียงของการล้างไต โรคร่วมชนิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคร่วมชนิดโรคเบาหวาน และระดับฮีโมโกลบิน ( $r = -0.315, 0.149, -0.125, 0.217, p < 0.001; r = -0.143, -0.089, p < 0.05$  ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือ ภาวะการทำหน้าที่ โรคร่วมชนิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคร่วมชนิดโรคเบาหวาน ระดับอัลบูมิน และระดับฮีโมโกลบิน ( $r = -0.130, 0.114, -0.103, p < 0.001; r = -0.084, -0.068, p < 0.05$  ตามลำดับ) และ 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการที่ 3 ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง คือ ภาวะการทำหน้าที่ ระดับฟอสเฟต ระดับความพอเพียงของการล้างไต และระดับแคลเซียม ( $r = -0.220, 0.143, p < 0.001; r = -0.089, 0.089, p < 0.05$  ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือ ภาวะการทำหน้าที่ ระดับอัลบูมิน ระดับแคลเซียม และระดับฮีโมโกลบิน ( $r = -0.226, p < 0.001; r = -0.121, 0.074, -0.079, p < 0.05$  ตามลำดับ)

Amro et al. (2014) ทำการศึกษาในกลุ่มอาการ และเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า กับกลุ่มอาการ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไต จำนวน 301 คน ที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกโรคไตของโรงพยาบาล 10 แห่ง ในประเทศนอร์เวย์ มีคุณสมบัติในการคัดเข้า คือ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้อง เป็นระยะเวลา 2 เดือนขึ้นไป 3) มีอาการของโรคคางที่ และ 4) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาสวีเดนได้ โดยใช้แบบสอบถาม 4 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินโรคร่วม คือ The Modified Charlson Comorbidity Index (CCI) ของ Charlson et al. (1987) 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า คือ The Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck et al. (1961) และ 4) แบบประเมิน The KDQOL-SF ของ Hay et al. (1994) ใช้ประเมินอาการและคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 3 กลุ่มอาการ คือ 1.1) กลุ่มอาการภาวะยูรีเมีย ประกอบด้วย คลื่นไส้ ความอยากอาหารลดลง เวียนศีรษะ หายใจลำบาก และเจ็บหน้าอก 1.2) กลุ่มอาการทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ประกอบด้วย เหน็บชาที่แขนขา ปวดกล้ามเนื้อ และตะคริว และ 1.3) กลุ่มอาการทางระบบผิวหนัง ประกอบด้วย คัน และผิวแห้ง 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภาวะยูรีเมีย คือ อายุ จำนวนโรคร่วม และภาวะซึมเศร้า ( $r = 0.148, 0.146, p < 0.05; r = 0.600, p < 0.001$  ตามลำดับ) 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ คือ ระดับปียูเอิน จำนวนโรคร่วม และภาวะซึมเศร้า ( $r = 0.136, p < 0.05; r = 0.157, 0.371, p < 0.001$  ตามลำดับ) และ 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางระบบผิวหนัง คือ ระยะเวลาในการล้างไต ระดับครีเอตินิน อายุ และภาวะซึมเศร้า ( $r = 0.130, 0.147, p < 0.05; r = 0.156, 0.354, p < 0.001$ )

Almutary, Bonner, & Douglas (2016) ทำการศึกษาระยะอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 ระยะที่ 5 และผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไต รวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบภาระอาการ จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนโรคร่วม และประเภทการรักษา ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 436 คน ที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกโรคไตของโรงพยาบาล 3 แห่ง ในประเทศซาอุดีอาระเบีย มีคุณสมบัติในการคัดเข้า คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังที่มีค่า GFR < 30 ml/min/ 1.73 m<sup>2</sup> หรือ 2) ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้อง และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถสื่อสารด้วยภาษาอารบิกได้ โดยใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินโรคร่วมของ Davies et al. (2002) และ 3) The CKD Symptom Burden Index (CKD-SBI) ของ Almutary et al. (2015) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 48 ปี (ช่วงอายุ 18-87 ปี) เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 หรือระยะที่ 5 ซึ่งไม่ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไต ร้อยละ 24.50 ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไต ร้อย

ละ 75.50 แบ่งออกเป็น กลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร้อยละ 65.80 และกลุ่มได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ร้อยละ 9.70

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ภาวะอาการเฉื่อย 18.63 (SD = 16.02) ซึ่งการรับรู้ภาวะอาการเกิดจากคะแนนรวมของการรับรู้อาการใน 4 มิติ คือ มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน เมื่อทำการเปรียบเทียบภาวะอาการจำแนกตามตัวแปรต่างๆ พบว่า 1) ปัจจัยทำนายการรับรู้ภาวะอาการ คือ อายุ เพศหญิง การล้างไตทางช่องท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ( $\beta = 0.16, 0.14, 0.16, p < 0.01$ ;  $\beta = 0.58, p < 0.001$ , ตามลำดับ) 2) ปัจจัยทำนายการรับรู้อาการในมิติการเกิดอาการ คือ อายุ การล้างไตทางช่องท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ( $\beta = 0.19, 0.14, p < 0.01$ ;  $\beta = 0.55, p < 0.001$ , ตามลำดับ) 3) ปัจจัยทำนายการรับรู้อาการในมิติความถี่ คือ อายุ เพศหญิง การล้างไตทางช่องท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ( $\beta = 0.18, 0.14, p < 0.01$ ;  $\beta = 0.11, p < 0.05, \beta = 0.53, p < 0.001$ , ตามลำดับ) 4) ปัจจัยทำนายการรับรู้อาการในมิติความรุนแรง คือ อายุ เพศหญิง การล้างไตทางช่องท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ( $\beta = 0.16, 0.15, 0.14, p < 0.01$ ;  $\beta = 0.55, p < 0.001$ , ตามลำดับ) และ 5) ปัจจัยทำนายการรับรู้อาการในมิติความทุกข์ทรมาน คือ อายุ เพศหญิง การล้างไตทางช่องท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ( $\beta = 0.16, 0.14, 0.17, p < 0.01$ ;  $\beta = 0.54, p < 0.001$ , ตามลำดับ) ส่วนตัวแปรระดับการศึกษา และจำนวนโรคร่วมไม่สามารถทำนายการรับรู้ภาวะอาการ และการรับรู้อาการใน 4 มิติได้

กล่าวโดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหน้าที่และโครงสร้างของไตที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ภายในระยะเวลา 3 เดือน โดยมีอัตราการกรองของไตลดลงเหลือน้อยกว่า  $15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$  ซึ่งต้องได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นอันดับแรก จากการรักษาดังกล่าวเป็นผลให้ผู้ป่วยมีอาการต่างๆ เกิดขึ้น ทำให้ต้องแสวงหากลวิธีการจัดการอาการ เพื่อทำให้อาการนั้นหายไปหรือบรรเทาลงจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 17 เรื่อง พบว่า งานวิจัยทั้งหมดอยู่ในช่วงปี พ.ศ. 2552-2559 ประกอบด้วย งานวิจัยต่างประเทศ 3 เรื่อง และงานวิจัยในประเทศไทย 14 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณทั้งหมด ศึกษาเกี่ยวกับอาการไตอาการหนึ่งทั้งหมด 6 เรื่อง ประกอบด้วยอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ อ่อนล้า ง่วงงายระหว่างวัน และท้องผูก ส่วนอีก 11 เรื่อง ศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการหรือประสบการณ์การมีอาการต่างๆ

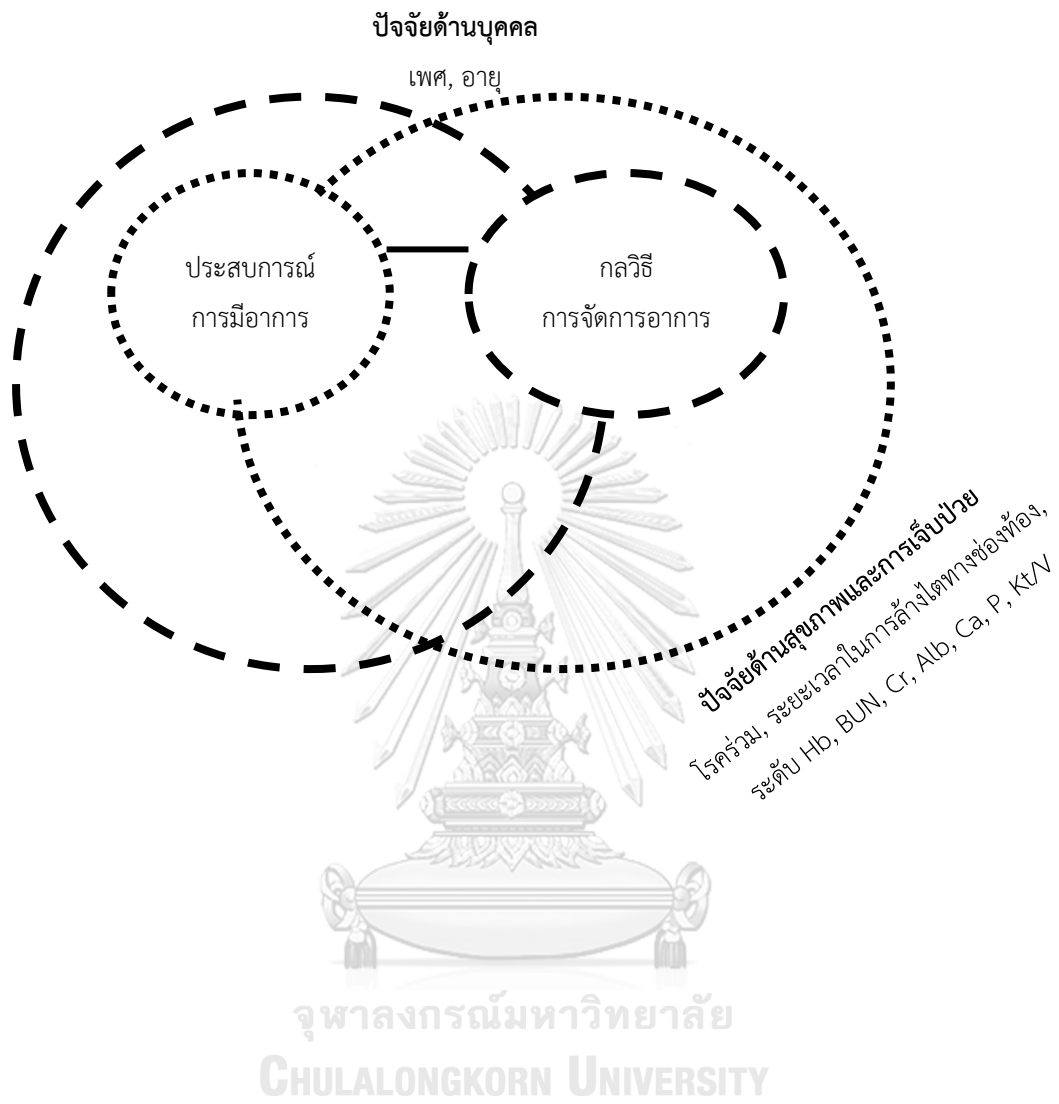
เมื่อวิเคราะห์งานวิจัยในประเทศไทยทั้งหมด 14 เรื่อง พบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาอาการไตอาการหนึ่งทั้งหมด 4 เรื่อง ซึ่งเป็นเรื่องที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องทั้งหมด 3 เรื่อง ประกอบด้วยอาการซึมเศร้า อ่อนล้า และท้องผูก ส่วนงานวิจัยที่ศึกษามากกว่า 1 อาการมีทั้งหมด 10 เรื่อง ซึ่งเป็นเรื่องที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคไต



เรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องทั้งหมด 4 เรื่อง ประกอบด้วย 1) อาการวิตกกังวลและซึมเศร้า 2) อาการนอนไม่หลับ เหนื่อยล้า และซึมเศร้า 3) อาการที่เกิดจากภาวะน้ำเกิน และ 4) ประสบการณ์การมีอาการต่างๆ ซึ่งงานวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการต่างๆ นี้ ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาทั้งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งไม่ได้รายงานที่เกิดขึ้นเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด 17 เรื่อง พบว่า มีเพียง 3 เรื่องที่มีการนำปัจจัยต่างๆ เข้ามาทำการศึกษเกี่ยวกับอาการและภาวะอาการ ได้แก่ เพศ อายุ โรคร่วม ระยะเวลาในการรักษา ระดับฮีโมโกลบิน ระดับบิยูเอีน ระดับครีเอตินิน ระดับอัลบูมิน ระดับแคลเซียม ระดับฟอสเฟต และระดับความพอเพียงของการล้างไต ซึ่งล้วนเป็นการศึกษาในกลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้องร่วมกัน ทำให้ทราบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการ และเปรียบเทียบภาวะอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในประเทศไทยน้อยมาก เพราะงานวิจัยส่วนใหญ่ในประเทศไทยจะทำการศึกษาเฉพาะอาการใดอาการหนึ่งเท่านั้น

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาประสบการณ์การมีอาการ และกลวิธีการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง รวมทั้งเปรียบเทียบภาวะอาการ จำแนกตามปัจจัยที่ยังไม่พบว่ามีผู้ที่นำมาศึกษาในประเทศไทย ได้แก่ ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบด้านบุคคล คือ เพศ อายุ ระดับฮีโมโกลบิน ระดับบิยูเอีน ระดับครีเอตินิน ระดับอัลบูมิน ระดับแคลเซียม ระดับฟอสเฟต และระดับความพอเพียงของการล้างไต และปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบด้านสุขภาพหรือความเจ็บป่วย คือ โรคร่วม และระยะเวลาในการล้างไต ทั้งหมด 11 ตัวแปรนี้จัดเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่คาดว่าจะมีผลต่อภาวะอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จึงนำไปสู่กรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

## 7. กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการใน 4 มิติ (มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน) และกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง รวมทั้งเปรียบเทียบประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติ จำแนกตาม 11 ตัวแปร คือ เพศ อายุ ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง โรคร่วม ระดับฮีโมโกลบิน ระดับบิยูเอ็น ระดับครีเอตินิน ระดับอัลบูมิน ระดับแคลเซียม ระดับฟอสเฟต และระดับความพอเพียงของการล้างไต

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่เข้ามาใช้บริการ ณ หน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่เข้ามาใช้บริการ ณ หน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2 แห่งเขตกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนกรกฎาคม-เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. อายุระหว่าง 20-59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีระดับค่าอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR) น้อยกว่า  $15 \text{ mL/min/1.73 m}^2$
3. ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์
4. สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้
5. ยินดีและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

**การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับงานวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้โปรแกรม n4Studies (Ngamjarus, Chongsuvivatwong, & McNeil, 2016) เลือกวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร (estimating the finite population mean) (Daniel, 1995) จากสูตร

$$n = \frac{N \sigma^2 Z^2}{[d^2 (N-1) + \sigma^2 Z^2]}$$

กำหนดให้

$n$  = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$N$  = ขนาดประชากรในกรุงเทพมหานคร 1,502 ราย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2557)

$\sigma^2$  = ความแปรปรวน ผู้วิจัยแทนค่าด้วย  $SD^2 = (5.352)^2$  ของประสบการณ์การมีอาการที่  
ที่ได้จากการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out)

$Z = 1.959964$  เมื่อกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95%

$d$  = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยกำหนดให้เท่ากับ 5% ของคะแนนเฉลี่ย (อรุณ  
จิรวัดน์กุล, 2553) ของประสบการณ์การมีอาการที่คำนวณได้จากการนำเครื่องมือไป  
ทดลองใช้ (try out) (เมื่อ  $\bar{X} = 14.80$  ดังนั้น  $d = 5\% \times (14.80) = 0.74$ )

แทนค่าในสูตรดังนี้

$$n = \frac{1,502 (5.352)^2 (1.959964)^2}{[(0.74)^2 (1,502-1)] + [(5.352)^2 (1.959964)^2]}$$

$$= 178$$

จากการแทนค่าในสูตร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 178 คน

**การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง** ในการวิจัยครั้งนี้ใช้การสุ่มแบบ 3 ขั้นตอน (Triple stage sampling) (Burns & Grove, 2009) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มสังกัดโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้การสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (cluster sampling) (Burns & Grove, 2009) โดยเลือกสุ่มมา 2 สังกัด จาก 7 สังกัด ดังนี้

1) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลราชวิถี

2) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

3) โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลตำรวจ

4) โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง คือ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

5) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาริบัติ

6) โรงพยาบาลสังกัดสภากาชาดไทย 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

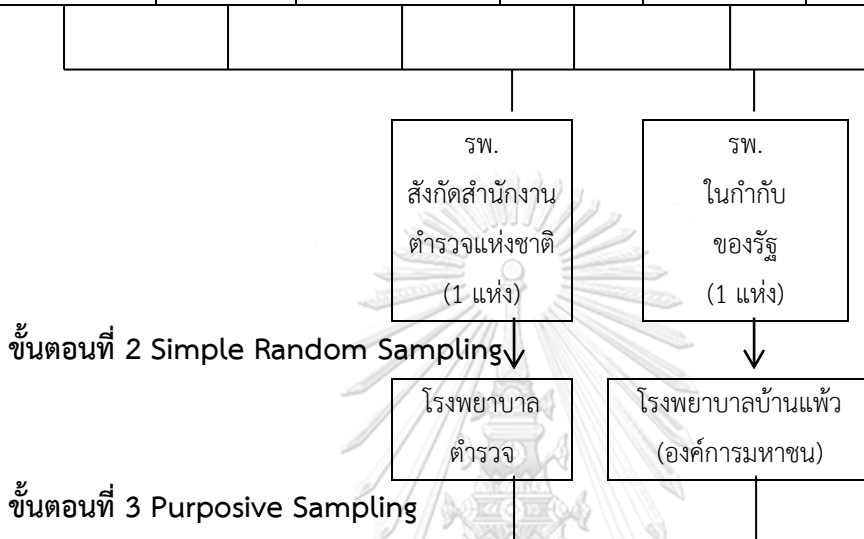
7) โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) การวิจัยครั้งนี้สุ่มได้ 2 สังกัด คือ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติและโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดจาก 2 สังกัดๆ ละ 1 โรงพยาบาล โดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) (Burns & Grove, 2009) เนื่องจากหน่วยงานทั้ง 2 สังกัดที่สุ่มได้มีโรงพยาบาลในสังกัดเพียงโรงพยาบาลเดียว จึงได้โรงพยาบาล 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

ขั้นตอนที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) (Burns & Grove, 2009) ด้วยการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ ณ ห้องล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลตำรวจ และศูนย์ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม-เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 จนกลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 178 คน

### ขั้นตอนที่ 1 Cluster Sampling

รพ. สังกัด กระทรวง สาธารณสุข (3 แห่ง)	รพ. สังกัด กระทรวง กลาโหม (2 แห่ง)	รพ. สังกัด สำนักงาน ตำรวจแห่งชาติ (1 แห่ง)	รพ. สังกัด กรุงเทพ มหานคร (4 แห่ง)	รพ. สังกัด กระทรวง ศึกษาธิการ (2 แห่ง)	รพ. สังกัด สภากาชาดไทย (1 แห่ง)	รพ. ในกำกับ ของรัฐ (1 แห่ง)
---	--	--	--	--	--	--------------------------------------



### ขั้นตอนที่ 2 Simple Random Sampling

### ขั้นตอนที่ 3 Purposive Sampling

178 คน

ภาพที่ 2 แผนภูมิการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และ 3) แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีรายละเอียดดังนี้

#### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. ส่วนที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กรอกข้อมูลเอง จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

2. ส่วนที่ผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล โดยศึกษาจากเวชระเบียนและจากการสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย สิทธิการรักษา การล้างไตทางช่องท้อง (ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ชนิดของน้ำยา ปริมาณน้ำยา และความถี่ในการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง) โรคร่วม ยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ระดับน้ำตาลใน

เลือด ระดับโคเลสเตอรอล ระดับไตรกรีเซอไรด์ ระดับโซเดียม ระดับโพแทสเซียม ระดับแคลเซียม ระดับฟอสเฟต ระดับบิยูเอิน ระดับครีเอตินิน ระดับอัลบูมิน ระดับฮีโมโกลบิน ระดับฮีมาโตคริต และ ระดับความพอเพียงของการล้างไต)

โดยผู้วิจัยแบ่งระดับค่าของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการวิจัยไว้ดังนี้

**ระดับฮีโมโกลบิน** แบ่งออกเป็น 2 ระดับ แยกระหว่างเพศชายและเพศหญิง ตามเกณฑ์ของ Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO, 2012) ดังนี้

ระดับฮีโมโกลบินในเพศชาย แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ

- 1) ระดับฮีโมโกลบินต่ำ หมายถึง ระดับฮีโมโกลบินในเลือดน้อยกว่า 13 g/dl
- 2) ระดับฮีโมโกลบินปกติ หมายถึง ระดับฮีโมโกลบินในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 13 g/dl

ระดับฮีโมโกลบินในเพศหญิง แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ

- 1) ระดับฮีโมโกลบินต่ำ หมายถึง ระดับฮีโมโกลบินในเลือดน้อยกว่า 12 g/dl
- 2) ระดับฮีโมโกลบินปกติ หมายถึง ระดับฮีโมโกลบินในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 12 g/dl

**ระดับบิยูเอิน** แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของทวิ ศิริวงศ์ และคณะ (2551) คือ

- 1) ระดับบิยูเอินต่ำ หมายถึง ระดับบิยูเอินในเลือดน้อยกว่า 40 mg/dl
- 2) ระดับบิยูเอินปกติ หมายถึง ระดับบิยูเอินในเลือดระหว่าง 40-100 mg/dl
- 3) ระดับบิยูเอินสูง หมายถึง ระดับบิยูเอินในเลือดมากกว่า 100 mg/dl

**ระดับครีเอตินิน** แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของทวิ ศิริวงศ์ และคณะ (2551) คือ

- 1) ระดับครีเอตินินต่ำ หมายถึง ระดับครีเอตินินในเลือดน้อยกว่า 5 mg/dl
- 2) ระดับครีเอตินินปกติ หมายถึง ระดับครีเอตินินในเลือดระหว่าง 5-15 mg/dl
- 3) ระดับครีเอตินินสูง หมายถึง ระดับครีเอตินินในเลือดมากกว่า 15 mg/dl

**ระดับอัลบูมิน** แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ตามเกณฑ์ของทวิ ศิริวงศ์ และคณะ (2551) คือ

- 1) ระดับอัลบูมินต่ำ หมายถึง ระดับอัลบูมินในเลือดน้อยกว่า 3.5 g/dl
- 2) ระดับอัลบูมินปกติ หมายถึง ระดับอัลบูมินในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 3.5 g/dl

**ระดับแคลเซียม** แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ National Kidney Foundation (NKF, 2003) คือ

- 1) ระดับแคลเซียมต่ำ หมายถึง ระดับแคลเซียมในเลือดน้อยกว่า 9 mg/dl
- 2) ระดับแคลเซียมปกติ หมายถึง ระดับแคลเซียมในเลือดระหว่าง 9-10.5 mg/dl
- 3) ระดับแคลเซียมสูง หมายถึง ระดับแคลเซียมในเลือดมากกว่า 10.5 mg/dl

**ระดับฟอสเฟต** แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ National Kidney Foundation (NKF, 2003) คือ

- 1) ระดับฟอสเฟตต่ำ หมายถึง ระดับฟอสเฟตในเลือดน้อยกว่า 3.5 mg/dl
- 2) ระดับฟอสเฟตปกติ หมายถึง ระดับฟอสเฟตในเลือดระหว่าง 3.5-5.0 mg/dl
- 3) ระดับฟอสเฟตสูง หมายถึง ระดับฟอสเฟตในเลือดมากกว่า 5.0 mg/dl

**ระดับความพอเพียงของการล้างไต** แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ตามเกณฑ์ของ National Kidney Foundation (NKF, 2006) คือ

- 1) ไม่มีความพอเพียงในการล้างไต หมายถึง ระดับความพอเพียงของการล้างไตน้อยกว่า 1.7
- 2) มีความพอเพียงในการล้างไต หมายถึง ระดับความพอเพียงของการล้างไต มากกว่าหรือเท่ากับ 1.7

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการใช้ค่า ณ วันที่ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม โดยใช้ค่าที่ได้จากการเจาะเลือด ณ ช่วงเวลาหลังจากที่ผู้ป่วยงดเครื่องดื่มและอาหารไปแล้วอย่างน้อย 8 ชั่วโมง การตรวจทางห้องปฏิบัติการนี้เป็นการดำเนินการตามปกติของหน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตกรุงเทพมหานครทั้ง 2 แห่งที่ปฏิบัติต่อกลุ่มตัวอย่างตามแนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้มีการขอเจาะเลือดเพิ่ม

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม The CKD Symptom Burden Index (CKD-SBI) ของ Almutary et al. (2015) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยกระบวนการแปลเป็นภาษาเป้าหมาย (forward-only-translation) จากศูนย์การแปลและการล่ามเฉลิมพระเกียรติ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และให้อาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ตรวจสอบอีกครั้ง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทั้งหมด 32 ข้อ โดยแต่ละข้อจะมีการประเมินประสบการณ์การมีอาการใน 4 มิติ คือ 1) มิติการเกิดอาการ 2) มิติความถี่ 3) มิติความรุนแรง และ 4) มิติความทุกข์ทรมาน โดยแต่ละข้อจะให้กลุ่มตัวอย่างระบุการรับรู้อาการในมิติการเกิดอาการว่า “มี” หรือ “ไม่มี” อาการ หากกลุ่มตัวอย่างระบุว่า “ไม่มี” อาการในข้อนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างข้ามไปทำข้อถัดไป แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างระบุว่า “มี” อาการในข้อนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างระบุเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการในข้อนั้นทั้ง 3 มิติ คือ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมานในช่องถัดไป

เกณฑ์การให้คะแนน

1. มิติการเกิดอาการ ลักษณะคำตอบเป็นแบบสำรวจรายการ (check list) ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบว่า “มี” หรือ “ไม่มี” อาการทั้งหมด 32 ข้อ แต่ละข้อมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-1 มีการให้ความหมายดังนี้



“มี” หมายถึง มีอาการในข้อนั้นๆ เท่ากับ 1 คะแนน

“ไม่มี” หมายถึง ไม่มีอาการในข้อนั้นๆ เท่ากับ 0 คะแนน

ผู้วิจัยรายงานมิตินิการเกิดอาการเป็นความชุกในรูปของร้อยละของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ระบุว่า “มี” อาการในแต่ละข้อ

2. มิตินิการมี มิตินิการรุนแรง และมิตินิการทุกข์ทรมาน ลักษณะคำตอบในแต่ละมิตินิการเป็นมาตรวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale) มีทั้งหมด 32 ข้อ แต่ละข้อมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-10 กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกให้คะแนนในแต่ละมิตินิการได้เพียงตัวเลขเดียวเท่านั้น มีการให้ความหมายดังนี้

### 2.1 มิตินิการมี

คะแนน “0” หมายถึง ไม่มีอาการเกิดขึ้นเลย

คะแนน “10” หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลา

### 2.2 มิตินิการรุนแรง

คะแนน “0” หมายถึง ไม่มีนิการรุนแรงเลย

คะแนน “10” หมายถึง มีนิการรุนแรงมาก

### 2.3 มิตินิการทุกข์ทรมาน

คะแนน “0” หมายถึง ไม่มีนิการทุกข์ทรมานเลย

คะแนน “10” หมายถึง มีนิการทุกข์ทรมานมาก

การคิดคะแนนรวมของประสิทธิการนิการมีอาการใน 4 มิตินิการ จะคิดเป็น “ภาวะอาการ” เกิดจากการนำคะแนนประสิทธิการนิการมีอาการทั้ง 4 มิตินิการ คือ มิตินิการเกิดอาการ มิตินิการมี มิตินิการรุนแรง และมิตินิการทุกข์ทรมานของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนทั้ง 32 ข้อมาบวกกัน แล้วคูณด้วยตัวคูณคั้งที่ คือ 0.1008 จะได้ช่วงคะแนนที่มีคั้งคั้งตั้งแต่ 0-100 (Almutary et al., 2015) ซึ่งการแปลผลคะแนนภาวะอาการ คือ คะแนนภาวะอาการที่มีคั้งเท่ากับ 100 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะอาการสูงที่สุด (Almutary et al., 2016)

ตัวอย่างการคั้งคะแนนภาวะอาการ เช่น กลุ่มตัวอย่างคนคั้งที่ 1 รายงานว่ามีอาการเกิดขึ้นทั้งหมด 32 อาการ และยังให้คะแนนความมี ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการในคั้งแต่ละข้อเท่ากับ 10 คะแนน แสดงว่า

คะแนนมิตินิการเกิดอาการที่คั้งขึ้นทั้งหมด 32 ข้อ เท่ากับ  $1 \times 32 = 32$  คะแนน

คะแนนความมีของอาการที่คั้งขึ้นทั้งหมด 32 ข้อ เท่ากับ  $10 \times 32 = 320$  คะแนน

คะแนนความรุนแรงของอาการที่คั้งขึ้นทั้งหมด 32 ข้อ เท่ากับ  $10 \times 32 = 320$  คะแนน

คะแนนความทุกข์ทรมานของอาการที่คั้งขึ้นทั้งหมด 32 ข้อ เท่ากับ  $10 \times 32 = 320$  คะแนน

คั้งคั้งนั้น คะแนนภาวะอาการ เท่ากับ  $(32 + 320 + 320 + 320) \times 0.1008 = 100$  คะแนน แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างคนคั้งที่ 1 มีภาวะอาการสูงที่สุด

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามนี้ตามแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารต่างๆ อาทิเช่น ตำรา หนังสือ บทความ วิทยานิพนธ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการทั้งหมด 34 ข้อ โดยแต่ละข้อมีการประเมิน 2 ส่วน คือ 1) การเลือกปฏิบัติกลวิธีการจัดการอาการ และ 2) ประสิทธิภาพของกลวิธีการจัดการอาการที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติ โดยให้กลุ่มตัวอย่างระบุการเลือกปฏิบัติกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละข้อว่า “ปฏิบัติ” หรือ “ไม่ปฏิบัติ” หากกลุ่มตัวอย่างระบุว่า “ไม่ปฏิบัติ” กลวิธีการจัดการอาการในข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างข้ามไปทำข้อถัดไป แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างระบุว่า “ปฏิบัติ” กลวิธีการจัดการอาการในข้อนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างระบุเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิภาพของกลวิธีการจัดการอาการในข้อนั้นในช่องถัดไป

#### เกณฑ์การให้คะแนน

1. กลวิธีการจัดการอาการ ลักษณะคำตอบเป็นแบบสำรวจรายการ (check list) ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบว่า “ปฏิบัติ” หรือ “ไม่ปฏิบัติ” กลวิธีการจัดการอาการทั้งหมด 34 ข้อ แต่ละข้อมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-1 มีการให้ความหมายดังนี้

“ไม่ปฏิบัติ” หมายถึง ไม่เลือกใช้กลวิธีการจัดการอาการในข้อนั้น เท่ากับ 0 คะแนน

“ปฏิบัติ” หมายถึง เลือกใช้กลวิธีการจัดการอาการในข้อนั้น เท่ากับ 1 คะแนน

ผู้วิจัยรายงานการเลือกปฏิบัติกลวิธีการจัดการอาการเป็นความชุกในรูปของร้อยละของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ระบุว่า “ปฏิบัติ” กลวิธีการจัดการอาการในแต่ละข้อ

2. ประสิทธิภาพของกลวิธีการจัดการอาการ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีทั้งหมด 34 ข้อ แต่ละข้อมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1-5 มีการให้ความหมายดังนี้

“ไม่ได้ผล” หมายถึง ไม่มีผลในการจัดการกับอาการเลย เท่ากับ 1 คะแนน

“เล็กน้อย” หมายถึง มีผลในการจัดการกับอาการเล็กน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

“ปานกลาง” หมายถึง มีผลในการจัดการกับอาการปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

“มาก” หมายถึง มีผลในการจัดการกับอาการมาก เท่ากับ 4 คะแนน

“มากที่สุด” หมายถึง มีผลในการจัดการกับอาการมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ประสิทธิภาพของกลวิธีการจัดการอาการ ผู้วิจัยกำหนดการแปลผลคะแนนแยกเป็นรายข้อด้วยการแบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ตามเกณฑ์การแบ่งระดับของประคอง กระณสูต (2542) โดยกำหนดระดับประสิทธิภาพของกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละข้อดังนี้

คะแนน 1.00-1.49 หมายถึง ประสิทธิภาพในการจัดการอาการน้อยที่สุด

คะแนน 1.50-2.49 หมายถึง ประสิทธิภาพในการจัดการอาการน้อย

คะแนน 2.50-3.49 หมายถึง ประสิทธิภาพในการจัดการอาการปานกลาง

คะแนน 3.50-4.49 หมายถึง ประสิทธิภาพในการจัดการอาการมาก

คะแนน 4.50-5.00 หมายถึง ประสิทธิภาพในการจัดการอาการมากที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและแบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย 1) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 2 คน และ 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและด้านกรอบแนวคิดการจัดการอาการ จำนวน 3 คน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามทั้งหมดที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) กำหนดเกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (Polit & Beck, 2006) โดยคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการและกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้อง/ไม่เหมาะสม

ระดับ 2 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้อง/เหมาะสมน้อย

ระดับ 3 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้อง/เหมาะสมค่อนข้างมาก

ระดับ 4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้อง/เหมาะสมมาก

คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากสูตร (Polit & Beck, 2006)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนความเห็นในระดับ 3 หรือ ระดับ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยรวมเท่ากับ 0.97 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อ 1-31 แต่ละข้อมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 มีเพียงข้อ 32 “ปัสสาวะบ่อยเวลากลางคืน” ที่มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80 ส่วนค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องโดยรวมเท่ากับ 0.94 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อ 1-13 ข้อ 15-18 และข้อ 20-34 แต่ละข้อมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 แต่มีเพียง 2 ข้อ คือ ข้อ 14 “อมน้ำแข็งไว้ในปาก” และข้อ 19 “ยกขาสูงประมาณ 45 องศา” ที่มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและแบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมาตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ณ ศูนย์ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างของการศึกษารั้งนี้ หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (DeVellis, 2012) ได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม

มิติของแบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
<b>1. แบบสอบถามอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</b>	
1.1 มิติการเกิดอาการ	0.77
1.2 มิติความถี่	0.83
1.3 มิติความรุนแรง	0.84
1.4 มิติความทุกข์ทรมาน	0.86
<b>2. แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง</b>	
2.1 การเลือกปฏิบัติกลวิธีการจัดการอาการ	0.73
2.2 ประสิทธิภาพของกลวิธีการจัดการอาการ	0.80

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ และดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการหน่วยบริการล่างใต้ผ่านทางช่องทางในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตกรุงเทพมหานคร 2 แห่งที่ทำการศึกษาคือ โรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลตำรวจ เมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2560 ได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ จว. 60/2560 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2560 ได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ 141/2560 และได้รับอนุญาตให้เก็บดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการศูนย์ล่างใต้ทางช่องทาง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) เมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2560 ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงกับคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะได้รับการชักชวนให้เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยและมอบเอกสารชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาจนเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัยและมีอิสระในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีการปิดบังหรือบิดเบือนความจริงใดๆ และการตัดสินใจจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาตามปกติที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือคำถามเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงและตอบคำถามจนกลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจและเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เมื่อเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการเคารพความเป็นส่วนตัวและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จะได้รับการปกปิดเป็นความลับ ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์หรือเผยแพร่ต่อสาธารณชน ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอและผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมและให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนลงลายมือชื่อในใบให้ความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยก่อนเข้าร่วมการวิจัยทุกครั้ง และหากกลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สะดวกใจหรือรู้สึกถูกรบกวน กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

### ขั้นตอนเตรียมการ

1. ผู้วิจัยขอหนังสือการขอรับรองการพิจารณาจริยธรรมจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อให้ออกหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

2. ผู้วิจัยขอหนังสือการขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อให้ออกหนังสือขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการศูนย์ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) และนายแพทย์ใหญ่ (สบ. 8) โรงพยาบาลตำรวจ

3. ผู้วิจัยยื่นเรื่องขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และยื่นเรื่องขอรับการพิจารณาจริยธรรมและขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการศูนย์ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) และนายแพทย์ใหญ่ (สบ. 8) โรงพยาบาลตำรวจ

4. ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยและได้รับอนุญาตให้เก็บดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ เมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2560 เอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ จว. 60/2560 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2560 เอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ 141/2560 และได้รับอนุญาตให้เก็บดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการศูนย์ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) เมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2560

5. ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลของศูนย์ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) และหน่วยล้างไตทางช่องท้อง ดิถขาราชการตำรวจ ชั้น 4 โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการขอดูแลระเบียบ รวมทั้งแนะนำผู้วิจัยให้พบกับกลุ่มตัวอย่าง

### ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจ ณ หน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตกรุงเทพมหานคร 2 แห่งที่ทำการศึกษาในแต่ละวันที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และเชิญชวนให้เข้าร่วมวิจัยโดยการอธิบายรายละเอียดการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทราบพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. หลังจากได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามเกี่ยวกับแบบสอบถามได้ตลอดเวลา

4. หลังจากกลุ่มตัวอย่างซักถามจนเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามแบบสอบถาม ในสถานที่ที่มีเสียงรบกวนน้อยที่สุด ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที หากในระหว่างการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล ถ้าพบว่าข้อใดขาดหายไป จะซักถามจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม

6. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในส่วนที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาโดยดูจากเวชระเบียนผู้ป่วย

7. ผู้วิจัยดำเนินการตามเก็บข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 178 คน

8. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาลงบันทึกในโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

9. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลประสพการณ์การมีอาการประกอบด้วย 4 มิติ สำหรับมิติการเกิดอาการ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ส่วนอีก 3 มิติ คือ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน วิเคราะห์ด้วยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลกลวิธีการจัดการอาการ ด้านการเลือกปฏิบัติกลวิธีการจัดการอาการ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ส่วนด้านประสิทธิผลของกลวิธีการจัดการอาการ วิเคราะห์ด้วยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. ข้อมูลการเปรียบเทียบภาวะอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม 11 ตัวแปร วิเคราะห์ดังนี้

4.1 ตัวแปรเพศ ระดับอัลบูมิน และระดับความพอเพียงของการล้างไต วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test

4.2 ตัวแปรระดับฮีโมโกลบิน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

4.3 ตัวแปรอายุ โรคร่วม ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง ระดับปียูเอิน ระดับครีเอตินิน ระดับแคลเซียม และระดับฟอสเฟต วิเคราะห์ด้วยสถิติ ANOVA

โดยมีการแบ่งระดับของตัวแปร ดังนี้

**อายุ** แบ่งออกเป็น 3 ช่วงตามระยะพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่ (Newman & Newman (2003) คือ

- 1) อายุ 20-24 ปี
- 2) อายุ 25-34 ปี
- 3) อายุ 35-59 ปี

**โรคร่วม** แบ่งออกเป็น 3 ช่วงตามจำนวนโรคร่วม (Almutary et al., 2016) คือ

- 1) จำนวน 1 โรค
- 2) จำนวน 2 โรค
- 3) จำนวน มากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค

**ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง** แบ่งออกเป็น 3 ช่วง (Almutary et al., 2016) คือ

- 1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 52 สัปดาห์
- 2) 53-260 สัปดาห์
- 3) 261-520 สัปดาห์

**ระดับฮีโมโกลบิน** แบ่งออกเป็น 2 ระดับ แยกเพศชายและเพศหญิง (KDIGO, 2012) ดังนี้

- 1) ระดับฮีโมโกลบินในเพศชาย แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ
  - 1.1) ระดับฮีโมโกลบินต่ำ (น้อยกว่า 13.00 g/dL)
  - 1.2) ระดับฮีโมโกลบินปกติ (มากกว่าหรือเท่ากับ 13.00 g/dL)
- 2) ระดับฮีโมโกลบินในเพศหญิง แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ
  - 2.1) ระดับฮีโมโกลบินต่ำ (น้อยกว่า 12.00 g/dL)
  - 2.2) ระดับฮีโมโกลบินปกติ (มากกว่าหรือเท่ากับ 12.00 g/dL)



**ระดับบิยูเอิน** แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (ทวี ศิริวงค์ และคณะ, 2551) คือ

- 1) ระดับบิยูเอินในเลือดต่ำ (น้อยกว่า 40 mg/dl)
- 2) ระดับบิยูเอินในเลือดปกติ (เท่ากับ 40-100 mg/dl)
- 3) ระดับบิยูเอินในเลือดสูง (มากกว่า 100 mg/dl)

**ระดับครีเอตินิน** แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (ทวี ศิริวงค์ และคณะ, 2551) คือ

- 1) ระดับครีเอตินินในเลือดต่ำ (น้อยกว่า 5 mg/dl)
- 2) ระดับครีเอตินินในเลือดปกติ (เท่ากับ 5-15 mg/dl)
- 3) ระดับครีเอตินินในเลือดสูง (มากกว่า 15 mg/dl)

**ระดับอัลบูมิน** แบ่งออกเป็น 2 ระดับ (ทวี ศิริวงค์ และคณะ, 2551) คือ

- 1) ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ (น้อยกว่า 3.50 mg/dl)
- 2) ระดับอัลบูมินในเลือดปกติ (มากกว่าหรือเท่ากับ 3.50 mg/dl)

**ระดับแคลเซียม** แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (NKF, 2003) คือ

- 1) ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ (น้อยกว่า 8.40 mg/dl)
- 2) ระดับแคลเซียมในเลือดปกติ (เท่ากับ 8.40-9.50 mg/dl)
- 3) ระดับแคลเซียมในเลือดสูง (มากกว่า 9.50 mg/dl)

**ระดับฟอสเฟต** แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (NKF, 2003) คือ

- 1) ระดับฟอสเฟตในเลือดต่ำ (น้อยกว่า 3.50 mg/dl)
- 2) ระดับฟอสเฟตในเลือดปกติ (เท่ากับ 3.50-5.50 mg/dl)
- 3) ระดับฟอสเฟตในเลือดสูง (มากกว่า 5.50 mg/dl)

**ระดับความพอเพียงของการล้างไต** แบ่งออกเป็น 2 ระดับ (NKF, 2006) คือ

- 1) ไม่มี ความพอเพียงของการล้างไต (น้อยกว่า 1.7)
- 2) มีความพอเพียงของการล้างไต (มากกว่าหรือเท่ากับ 1.7)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง รวมทั้งเปรียบเทียบภาวะอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม 11 ตัวแปร คือ เพศ อายุ ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง โรคร่วม ระดับฮีโมโกลบิน ระดับปัสสาวะ ระดับครีเอตินิน ระดับอัลบูมิน ระดับแคลเซียม ระดับฟอสเฟต และระดับความพอเพียงของการล้างไต ในบทนี้ผู้วิจัยรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

**ตอนที่ 1** ลักษณะข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4-9

**ตอนที่ 2** ประสบการณ์การมีอาการใน 4 มิติ คือ มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 10

**ตอนที่ 3** กลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 11-13

**ตอนที่ 4** การเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม 11 ตัวแปร คือ เพศ อายุ โรคร่วม ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง ระดับฮีโมโกลบิน ระดับปัสสาวะ ระดับครีเอตินิน ระดับอัลบูมิน ระดับแคลเซียม ระดับฟอสเฟต และระดับความพอเพียงของการล้างไต แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 14-15

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสิทธิการรักษา (n = 178)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	90	50.60
ชาย	88	49.40
<b>อายุ (ปี)</b>		
20-24 ปี	3	1.70
25-34 ปี	14	7.90
35-59 ปี	161	90.40
$(\bar{X} = 49.75, SD = 9.45, \min = 20, \max = 59)$		
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	153	86.00
อิสลาม	24	13.50
คริสต์	1	0.60
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	39	21.90
คู่	102	57.30
หม้าย	18	10.10
แยกกันอยู่	15	8.40
หย่าร้าง	4	2.20
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้ศึกษา	7	3.90
ประถมศึกษา	81	45.50
มัธยมศึกษา	39	21.90
ปวส/ปวช/อนุปริญญา	26	14.60
ปริญญาตรี	22	12.40
ปริญญาโท	3	1.70

## ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ทำงาน	122	68.50
ทำงาน	56	31.50
ธุรกิจส่วนตัว	37	20.80
พนักงานบริษัท	10	5.60
รับจ้าง	6	3.40
อื่นๆ เช่น หน่วยงานของรัฐ	2	1.10
รับราชการ	1	0.60
<b>รายได้ (บาท/เดือน)</b>		
ไม่มีรายได้	122	68.50
มีรายได้	56	31.50
1,000-5,000 บาท/เดือน	7	3.90
5,001-20,000 บาท/เดือน	30	16.90
20,001-50,000 บาท/เดือน	15	8.40
50,001-100,000 บาท/เดือน	3	1.70
มากกว่า 100,000 บาท/เดือน	1	0.60
$(\bar{X} = 27,835.71, SD = 42,254.17, \min = 1,000, \max = 300,000)$		
<b>สิทธิการรักษา</b>		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	159	89.30
ประกันสังคม	15	8.40
ชำระเงินเอง	3	1.70
ต้นสังกัด	1	0.60

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50.60 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 90.40 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.75 ปี นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.00 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.30 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 68.50 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ทำงาน ส่วนใหญ่ประกอบธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 20.80 และใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 89.30

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม ข้อมูลเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง (n = 178)

ข้อมูลเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง (สัปดาห์)</b>		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 52 สัปดาห์ ( $\leq 1$ ปี)	56	31.46
53-260 สัปดาห์ (>1-5 ปี)	100	56.18
261-520 สัปดาห์ (>5-10 ปี)	22	12.36
$(\bar{X} = 122.60, SD = 101.21, \min = 4, \max = 468)$		
<b>ชนิดของน้ำยา</b>		
1.5% dextrose	157	88.20
1.5% dextrose สลับกับ 4.25% dextrose	14	7.90
1.5% dextrose สลับกับ 2.5% dextrose	4	2.20
2.5% dextrose สลับกับ 4.25% dextrose	3	1.70
<b>ปริมาณน้ำยา (มิลลิลิตร/วัน)</b>		
4,500-7,000 มิลลิลิตร/วัน	19	10.70
7,001-9,500 มิลลิลิตร/วัน	136	76.40
9,501-12,000 มิลลิลิตร/วัน	23	12.90
$(\bar{X} = 8,024.44, SD = 1,051.52, \min = 4,500, \max = 12,000)$		
<b>ความถี่ในการล้างไต (ครั้ง/วัน)</b>		
3 ครั้ง/วัน	9	5.06
4 ครั้ง/วัน	141	79.21
5 ครั้ง/วัน	27	15.17
6 ครั้ง/วัน	1	0.56
$(\bar{X} = 4.11, SD = 0.46, \min = 3, \max = 6)$		
<b>ระดับความพอเพียงของการล้างไต</b>		
น้อยกว่า 1.70 (ไม่พอเพียง)	54	30.30
มากกว่าหรือเท่ากับ 1.70 (พอเพียง)	105	59.00
$(\bar{X} = 1.92, SD = 0.56, \max = 4.60, \min = 0.65)$		

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับล้างไตทางช่องท้องเป็นระยะเวลาอยู่ในช่วงมากกว่า 1 ปี-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.18 น้ำยาที่ใช้มากที่สุด คือ 1.5% dextrose คิดเป็นร้อยละ 88.20 ปริมาณน้ำยาที่ใช้มากที่สุด คือ 7,001-9,500 มิลลิลิตรต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 76.40 ความถี่ในการล้างไตทางช่องท้องมากที่สุด คือ 4 ครั้งต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 79.21 ส่วนใหญ่มีระดับความพอเพียงของการล้างไตมากกว่าหรือเท่ากับ 1.70 หรืออยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 59.00 ระดับความพอเพียงของการล้างไตเฉลี่ย เท่ากับ 1.92

**ตารางที่ 6** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม ข้อมูลเกี่ยวกับโรคร่วม (n = 178)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคร่วม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีโรคร่วม	6	3.40
มีโรคร่วม	172	96.60
<b>ชนิดของโรคร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)</b>		
- โรคความดันโลหิตสูง	158	88.80
- โรคเบาหวาน	77	43.30
- โรคหัวใจ	45	25.30
- โรคเก๊าท์	24	13.50
- โรคอื่นๆ เช่น โรคธาลัสซีเมีย โรคโลหิตจาง โรคเอสแอลอี โรคมะเร็ง โรคติดเชื้อเอชไอวี โรคไวรัสตับอักเสบบี ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ	20	11.20
<b>จำนวนโรคร่วม</b>		
<b>โรคร่วม 1 โรค</b>	<b>62</b>	<b>34.82</b>
- โรคความดันโลหิตสูง	50	28.08
- โรคหัวใจ	6	3.37
- โรคเบาหวาน	3	1.68
- โรคเก๊าท์	3	1.68
<b>โรคร่วม 2 โรค</b>	<b>69</b>	<b>38.75</b>
- โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	40	22.46
- โรคความดันโลหิตสูงและโรคเก๊าท์	9	5.05
- โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ	9	5.05
- อื่นๆ ได้แก่ โรคไวรัสตับอักเสบบี โรคธาลัสซีเมีย โรคโลหิตจาง โรคเอสแอลอี โรคติดเชื้อเอชไอวี ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ	11	6.19

## ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคร่วม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>จำนวนโรคร่วม (ต่อ)</b>		
<b>โรคร่วม 3 โรค</b>	<b>33</b>	<b>18.53</b>
- โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ	18	10.11
- โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคเก๊าท์	5	2.81
- โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเก๊าท์	3	1.68
- อื่นๆ ได้แก่ โรคโลหิตจาง โรคเอสแอลอี โรคติดเชื้อเอชไอวี ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ	7	3.93
<b>โรคร่วม 4 โรค</b>	<b>6</b>	<b>3.37</b>
- โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคโลหิตจาง	2	1.12
- โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ	1	0.56
- โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคติดเชื้อเอชไอวี	1	0.56
- โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง	1	0.56
- โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคติดเชื้อเอชไอวี และภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ	1	0.56
<b>โรคร่วม 5 โรค</b>	<b>1</b>	<b>0.56</b>
- โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคติดเชื้อเอชไอวี และโรคไวรัสตับอักเสบบี		
<b>โรคร่วม 6 โรค</b>	<b>1</b>	<b>0.56</b>
- โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเก๊าท์ โรคติดเชื้อเอชไอวี และโรคโลหิตจาง		

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 96.60 เมื่อวิเคราะห์ตามชนิดของโรคร่วม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 88.80 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 43.30 โรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 25.30 โรคเก๊าท์ คิดเป็นร้อยละ 13.50 และโรคอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 11.20 เมื่อวิเคราะห์ตามจำนวนโรคร่วมที่ พบว่า ส่วนใหญ่มีจำนวนโรคร่วม 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 38.75 รองลงมา คือ จำนวน 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 34.82 จำนวน 3 โรค คิดเป็นร้อยละ 18.53 จำนวน 4 โรค คิดเป็นร้อยละ 3.37 จำนวน 5 โรค คิดเป็นร้อยละ 0.56 และจำนวน 6 โรค คิดเป็นร้อยละ 0.56

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (n = 178)

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระดับค่าของ Fasting Blood Sugar</b>	<b>124</b>	<b>69.66</b>
น้อยกว่า 100 mg/dl (ปกติ)	59	33.14
ระหว่าง 100-125 mg/dl (สูง)	34	19.10
มากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dl (สูงมาก)	31	17.42
( $\bar{X}$ = 117.18, SD = 45.44, min = 71.00, max = 340.00)		
<b>ระดับค่าของ Cholesterol</b>	<b>68</b>	<b>38.20</b>
น้อยกว่า 200 mg/dl (ปกติ)	48	27.00
มากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dl (สูง)	20	11.20
( $\bar{X}$ = 182.13, SD = 37.72, min = 104.00, max = 288.00)		
<b>ระดับค่าของ Triglyceride</b>	<b>79</b>	<b>44.40</b>
น้อยกว่า 150 mg/dl (ปกติ)	50	28.10
มากกว่าหรือเท่ากับ 150 mg/dl (สูง)	29	16.30
( $\bar{X}$ = 147.05, SD = 110.71, min = 41.00, max = 830.00)		
<b>ระดับค่าของ Sodium</b>	<b>168</b>	<b>94.40</b>
น้อยกว่า 135 mEq/L (ต่ำ)	28	15.70
ระหว่าง 135-145 mEq/L (ปกติ)	137	77.00
มากกว่า 145 mEq/L (สูง)	3	1.70
( $\bar{X}$ = 138.26, SD = 4.17, min = 123.60, max = 148.00)		
<b>ระดับค่าของ Potassium</b>	<b>173</b>	<b>97.19</b>
น้อยกว่า 3.50 mEq/L (ต่ำ)	53	29.77
ระหว่าง 3.50-5.00 mEq/L (ปกติ)	111	62.36
มากกว่า 5.00 mEq/L (สูง)	9	5.06
( $\bar{X}$ = 3.89, SD = 0.73, min = 2.10, max = 5.80)		
<b>ระดับค่าของ Calcium</b>	<b>176</b>	<b>98.90</b>
น้อยกว่า 8.40 mg/dl (ต่ำ)	51	28.70
ระหว่าง 8.40-9.50 mg/dl (ปกติ)	81	45.50
มากกว่า 9.50 mg/dl (สูง)	44	24.70
( $\bar{X}$ = 8.95, SD = 1.02, min = 6.23, max = 12.80)		



## ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระดับค่าของ Phosphate</b>	<b>176</b>	<b>98.90</b>
น้อยกว่า 3.50 mg/dl (ต่ำ)	36	20.20
ระหว่าง 3.50-5.50 mg/dl (ปกติ)	103	57.90
มากกว่า 5.50 mg/dl (สูง)	37	20.80
( $\bar{X}$ = 4.62, SD = 1.38, min = 2.30, max = 9.50)		
<b>ระดับค่าของ BUN</b>	<b>173</b>	<b>97.19</b>
น้อยกว่า 40 mg/dl (ต่ำ)	41	23.03
ระหว่าง 40-100 mg/dl (ปกติ)	128	71.91
มากกว่า 100 mg/dl (สูง)	4	2.25
( $\bar{X}$ = 52.83, SD = 21.05, min = 2.40, max = 126.20)		
<b>ระดับค่าของ Creatinine</b>	<b>176</b>	<b>98.88</b>
น้อยกว่า 5 mg/dl (ต่ำ)	16	9.00
ระหว่าง 5-15 mg/dl (ปกติ)	135	75.85
มากกว่า 15 mg/dl (สูง)	25	14.05
( $\bar{X}$ = 10.80, SD = 5.22, min = 2.30, max = 51.00)		
<b>ระดับค่าของ Albumin</b>	<b>167</b>	<b>93.80</b>
น้อยกว่า 3.50 mg/dl (ต่ำ)	99	55.60
มากกว่าหรือเท่ากับ 3.50 mg/dl (ปกติ)	65	38.20
( $\bar{X}$ = 3.34, SD = 0.77, min = 1.50, max = 10.03)		
<b>ระดับค่าของ Hemoglobin</b>	<b>176</b>	<b>98.90</b>
<b>เพศชาย</b>	<b>86</b>	<b>48.30</b>
น้อยกว่า 13.00 g/dl (ต่ำ)	78	43.80
มากกว่าหรือเท่ากับ 13.00 g/dl (ปกติ)	8	4.50
( $\bar{X}$ = 10.27, SD = 1.80, min = 5.50, max = 14.30)	<b>90</b>	<b>50.60</b>
<b>เพศหญิง</b>		
น้อยกว่า 12.00 g/dl (ต่ำ)	78	43.90
มากกว่าหรือเท่ากับ 12.00 g/dl (ปกติ)	12	6.70
( $\bar{X}$ = 9.91, SD = 1.91, max = 16.70, min = 5.90)		

## ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับค่าของ Hematocrit	178	100.00
น้อยกว่า 33 % (ต่ำ)	116	65.20
ระหว่าง 33-39 % (ปกติ)	50	28.10
มากกว่า 39 % (สูง)	12	6.70

( $\bar{X}$  = 30.70, SD = 5.61, max = 49.90, min = 16.00)

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ 1) ระดับค่าของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (fasting blood sugar, FBS) เฉลี่ยเท่ากับ 117.18 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 33.14 2) ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด เฉลี่ยเท่ากับ 182.13 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 27.00 3) ระดับไตรกรีเซอไรด์ในเลือด เฉลี่ยเท่ากับ 147.05 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 28.10 4) ระดับโซเดียมในเลือด เฉลี่ยเท่ากับ 138.26 mEq/L ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 77.00 5) ระดับโพแทสเซียมในเลือด เฉลี่ยเท่ากับ 3.89 mEq/L ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 62.36 6) ระดับแคลเซียมในเลือด เฉลี่ยเท่ากับ 8.95 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 45.50 7) ระดับฟอสเฟตในเลือด เฉลี่ยเท่ากับ 4.62 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 57.90 8) ระดับบิยูเอ็นในเลือด เฉลี่ยเท่ากับ 52.83 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 71.91 9) ระดับครีเอตินินในเลือด เฉลี่ยเท่ากับ 10.80 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 75.85 10) ระดับอัลบูมินในเลือด เฉลี่ยเท่ากับ 3.34 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 55.60 11) ระดับฮีโมโกลบินในเพศชาย เฉลี่ยเท่ากับ 10.27 g/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 43.80 ส่วนในเพศหญิง โดยเฉลี่ยเท่ากับ 9.91 g/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 43.90 และ 11) ระดับฮีมาโตคริต เฉลี่ยเท่ากับ 30.70 % ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 65.20

**ตารางที่ 8** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม ประเภทของยาที่ใช้ในปัจจุบัน (n = 178)

ประเภทของยาที่ใช้ในปัจจุบัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>กลุ่มยาฉีดฮอร์โมน Erythropoietin</b>	<b>166</b>	<b>93.30</b>
ยา Hemax	43	24.20
ยา Espogen	40	22.50
ยา Epiao	34	19.10
ยา Renogen	16	9.00
ยา Hemaplus	15	8.40
ยา Hypercrit	10	5.60
ยา Eporon	6	3.40
ยา Epokine	1	0.60
ยา Recormon	1	0.60
<b>กลุ่มยาปรับสมดุลเกลือแร่และกรดต่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด)</b>	<b>163</b>	<b>91.6</b>
ยาควบคุมระดับฟอสเฟตและแคลเซียมในเลือด	134	75.3
1. ยาจับฟอสเฟต	126	70.80
1.1 Calcium carbonate (CaCO <sub>3</sub> )	121	68.00
1.2 Aluminium hydroxide	10	5.60
1.3 Renvela	3	1.70
2. วิตามินดี	43	24.20
2.1 Active vitamin D sterol เช่น Alfacalcidol	28	15.70
2.2 Vitamin D <sub>2</sub> เช่น Ergocalciferol	16	9.00
ยาควบคุมระดับโพแทสเซียมในเลือด	79	44.40
1. ยาที่ใช้ในภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ เช่น Addi-K, KCL	78	43.80
2. ยาที่ใช้ในภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง เช่น Kalimate	1	0.60
ยาลดความเป็นกรดในเลือด เช่น Sodamint	58	32.60
<b>กลุ่มยารักษาภาวะโลหิตจาง (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด)</b>	<b>162</b>	<b>91.00</b>
ยาเสริมกรดโฟลิก เช่น Folic acid	147	82.60
ยาเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก เช่น FBC	101	56.70
ยาเสริมธาตุเหล็ก เช่น FeSO <sub>4</sub> , Fermasian, Feril	36	20.20

## ตารางที่ 8 (ต่อ)

ประเภทของยาที่ใช้ในปัจจุบัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>กลุ่มยาลดความดันโลหิต (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด)</b>	<b>162</b>	<b>91.00</b>
กลุ่ม Calcium channel blocker	122	68.50
1. Amlodipine	94	52.80
2. Manidipine	23	12.90
3. Felodipine	4	2.20
4. Lercadip	2	1.10
กลุ่ม Vasodilator antihypertensive	82	46.10
1. Hydralazine	78	43.80
2. Minoxidil	8	4.50
กลุ่ม Beta blocker	66	37.10
1. Metoprolol	29	16.30
2. Carvedilol	21	11.80
3. Atenolol	16	9.00
4. Propanolol	1	0.60
กลุ่ม Alpha-adrenoceptor blocking	52	29.20
1. Doxazosin	49	27.50
2. Prazosin	3	1.70
กลุ่ม Angiotensin-II receptor antagonist	35	19.70
1. Losartan	34	19.10
2. Irbesartan	1	0.60
กลุ่ม Angiotensin-converting enzyme inhibitor เช่น Enalapril	19	10.70
กลุ่ม Centrally acting antihypertensive เช่น Methyldopa	8	4.50
กลุ่ม Thiazide เช่น Hydrochlorothiazide	2	1.10
<b>กลุ่มยาขับปัสสาวะ (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด)</b>	<b>105</b>	<b>59.00</b>
1. Furosemide	105	59.00
2. Hyles	3	1.70

## ตารางที่ 8 (ต่อ)

ประเภทของยาที่ใช้ในปัจจุบัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>กลุ่มยาลดระดับไขมันในเลือด (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด)</b>	<b>96</b>	<b>53.90</b>
กลุ่ม Statin	88	49.40
1. Simvastatin	70	39.30
2. Atorvastatin	18	10.10
กลุ่ม Non-statin	13	7.30
1. Gemfibrozil	9	5.10
2. Ezetimibe	2	1.10
3. Fenofibrate	2	1.10
<b>กลุ่มยาลดระดับน้ำตาลในเลือด (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด)</b>	<b>18</b>	<b>10.10</b>
กลุ่ม Sulfonylurea เช่น Glipizide	6	3.40
กลุ่ม Thiazolidinedione เช่น Pioglitazone	4	2.20
กลุ่ม Biphasic insulin	9	5.10
1. Humulin 70/30	4	2.20
2. Mixtard	3	1.70
3. Gensulin N	1	0.60
4. Novomix	1	0.60
กลุ่ม Dipeptidyl peptidase-4 inhibitor เช่น Trajenta	1	0.60
<b>กลุ่มยาอื่นๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด)</b>	<b>124</b>	<b>69.70</b>
ยารักษาโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด	55	30.90
1. Aspirin	41	23.00
2. Isosorbide	20	11.20
3. Clopidogrel	19	10.70
4. Amiodarone	2	1.10
5. Cilostazol	2	1.10

## ตารางที่ 8 (ต่อ)

ประเภทของยาที่ใช้ในปัจจุบัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>กลุ่มยาอื่นๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด) (ต่อ)</b>		
ยารักษาโรคเกาต์	<b>21</b>	<b>11.80</b>
1. Allopurinol	17	9.60
2. Colchicine	9	5.10
ยารักษาการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี	<b>8</b>	<b>4.50</b>
1. Lamivudine	7	3.90
2. Nevirapine	3	1.70
3. Stavudine	3	1.70
4. Zidovudine	2	1.10
5. Lopinavir/Ritronavir	2	1.10
6. Etravirine	1	0.60
ยารักษาภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ เช่น Thyroxine	<b>4</b>	<b>2.20</b>
ยารักษาโรคธาลัสซีเมีย เช่น Deferiprone	<b>1</b>	<b>0.60</b>
ยารักษาโรค SLE เช่น Hydroxychloroquine	<b>1</b>	<b>0.60</b>

จากตารางที่ 8 พบว่า ยาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ คือ กลุ่มยาฉีดฮอร์โมน Erythropoietin คิดเป็นร้อยละ 93.30 รองลงมา คือ กลุ่มยาปรับสมดุลเกลือแร่และกรดต่าง คิดเป็นร้อยละ 91.60 กลุ่มยารักษาภาวะโลหิตจาง คิดเป็นร้อยละ 91.00 กลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 91.00 กลุ่มยาขับปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 59.00 กลุ่มยาลดระดับไขมันในเลือด คิดเป็นร้อยละ 53.90 และกลุ่มยาลดระดับน้ำตาลในเลือด คิดเป็นร้อยละ 10.10 รวมทั้งกลุ่มยาอื่นๆ ที่ใช้ในการรักษาโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 69.70

**ตารางที่ 9** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม ประเภทของยาที่ใช้ในการรักษาตามอาการ (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด)

ประเภทของยาที่ใช้ในการรักษาตามอาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ยารักษาอาการท้องผูก	55	30.90
1. Senokot	54	30.30
2. Lactulose	1	0.60
ยารักษาอาการท้องอืดท้องเฟ้อ เช่น Omeprazole	43	24.20
ยารักษาอาการเหน็บชา เช่น Vitamin B 1-6-12	16	9.00
ยารักษาอาการเบื่ออาหาร เช่น Vitamin B complex	15	8.40
ยารักษาอาการนอนไม่หลับ	8	4.50
1. Lorazepam	7	3.90
2. Alprazolam	1	0.60
ยารักษาอาการคัน	8	4.50
1. Prednisolone	6	3.40
2. Hydroxyzine	2	1.10
ยารักษาอาการปวด	6	3.40
1. Gabapentin	5	2.80
2. Tramadol	1	0.60
ยารักษาอาการไอ	3	1.70
1. Dextromethorphan	2	1.10
2. Bromhexine	1	0.60
ยารักษาอาการคลื่นไส้/อาเจียน	3	1.70
1. Dimenhydranate	2	1.10
2. Domperidone	1	0.60
ยารักษาอาการซึมเศร้า	3	1.70
1. Sertarine	2	1.10
2. Quetiapine	1	0.60
ยารักษาอาการเวียนศีรษะ เช่น Betahistine	1	0.60

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับยาเพื่อจัดการอาการทั้งหมด 11 อาการ ส่วนใหญ่ คือ ยารักษาอาการท้องผูก คิดเป็นร้อยละ 30.90 รองลงมา คือ ยารักษาอาการท้องอืดท้องเฟ้อ คิดเป็นร้อยละ 24.20 ยารักษาอาการเหน็บชา คิดเป็นร้อยละ 9.00 ยารักษาอาการเบื่ออาหาร คิดเป็นร้อยละ 8.40 ยารักษาอาการนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 4.50 ยารักษาอาการคัน คิดเป็นร้อยละ 4.50 ยารักษาอาการปวด คิดเป็นร้อยละ 3.40 ยารักษาอาการไอ คิดเป็นร้อยละ 1.70 ยารักษาอาการคลื่นไส้/อาเจียน คิดเป็นร้อยละ 1.70 ยารักษาอาการซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 1.70 และยารักษาอาการเวียนศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 0.60

ตอนที่ 2 ประสพการณ์การมีอาการใน 4 มิติ คือ มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง แบบต่อเนื่อง

ตารางที่ 10 ประสพการณ์การมีอาการในมิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง แบบต่อเนื่อง (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ) (n = 178 คน)

อาการ	มิติ			
	การเกิดอาการ	ความถี่*	ความรุนแรง*	ความทุกข์ทรมาน*
	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
1. ผิวแห้ง	139 (78.10)	<b>7.65 ± 2.83</b>	3.14 ± 2.80	2.12 ± 2.15
2. รู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีแรง	127 (71.30)	5.54 ± 2.41	3.37 ± 2.55	3.07 ± 2.73
3. คับ	113 (63.50)	6.32 ± 2.65	<b>5.04 ± 2.76</b>	<b>4.75 ± 2.60</b>
4. ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	106 (59.60)	5.56 ± 2.64	<b>4.51 ± 2.90</b>	<b>4.17 ± 2.96</b>
5. ชาบวม	99 (55.60)	<b>6.89 ± 2.78</b>	3.76 ± 2.91	2.97 ± 2.61
6. นอนไม่หลับ	99 (55.60)	<b>6.35 ± 2.56</b>	3.68 ± 2.76	3.61 ± 2.98
7. ไอ	95 (53.40)	4.93 ± 2.55	3.60 ± 2.89	2.91 ± 2.56
8. เวียนศีรษะ	87 (48.90)	4.51 ± 2.42	3.99 ± 2.68	3.57 ± 2.62
9. รู้สึกหงุดหงิด/ไม่พอใจ	86 (48.30)	4.79 ± 2.44	3.23 ± 2.66	2.33 ± 2.38
10. ปากแห้ง	82 (46.10)	5.32 ± 2.80	2.05 ± 1.83	1.67 ± 1.42
11. ความอยากอาหารลดลง	80 (44.90)	5.44 ± 2.46	2.89 ± 2.48	2.31 ± 2.12
12. กลุ้มใจ	80 (44.90)	5.08 ± 2.43	2.96 ± 2.80	2.70 ± 2.87
13. ตะคริว	78 (43.80)	4.62 ± 2.65	<b>4.56 ± 2.93</b>	<b>4.31 ± 3.00</b>
14. คลื่นไส้	74 (41.60)	4.05 ± 2.11	2.89 ± 2.22	2.42 ± 2.20
15. ท้องผูก	72 (40.40)	5.78 ± 3.02	1.94 ± 1.53	1.71 ± 1.45
16. ชาหรือเป็นเหน็บที่เท้า	65 (36.50)	<b>6.74 ± 3.04</b>	<b>4.11 ± 2.63</b>	3.48 ± 2.67
17. รู้สึกวิตกกังวล	62 (34.80)	4.85 ± 2.14	2.89 ± 2.48	2.73 ± 2.64
18. ปวดศีรษะ	61 (34.30)	3.92 ± 2.33	3.89 ± 2.60	<b>3.64 ± 2.61</b>
19. ปวดกระดูกหรือข้อ	60 (33.70)	5.32 ± 3.35	<b>4.92 ± 3.32</b>	<b>4.68 ± 3.47</b>
20. ตื่นกลางดึก	54 (30.30)	5.78 ± 2.91	3.43 ± 3.15	3.13 ± 3.39
21. หายใจลำบาก	45 (25.30)	5.00 ± 2.71	3.76 ± 2.35	3.42 ± 2.71
22. รู้สึกกระสับกระส่าย	44 (24.70)	4.82 ± 2.46	3.23 ± 2.58	3.14 ± 2.80
23. อาเจียน	43 (24.20)	3.81 ± 2.22	3.40 ± 2.44	3.12 ± 2.55
24. รู้สึกเสียใจ	39 (21.90)	3.87 ± 2.48	3.03 ± 2.69	2.82 ± 2.62

\* ช่วงคะแนนการรับรู้อาการใน 3 มิติ มีค่าระหว่าง 0-10 คะแนน



ตารางที่ 10 (ต่อ)

อาการ	มิติ			
	การเกิดอาการ	ความถี่*	ความรุนแรง*	ความทุกข์ทรมาน*
	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
25. ท้องเสีย	39 (21.90)	3.18 ± 2.44	3.13 ± 2.98	2.90 ± 2.80
26. ปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน	39 (21.90)	5.77 ± 3.23	2.41 ± 2.19	2.18 ± 2.10
27. ซึมเศร้า	34 (19.10)	5.15 ± 2.65	3.31 ± 2.92	3.15 ± 2.95
28. ไม่มีสมาธิ	33 (18.50)	4.27 ± 2.43	3.09 ± 2.83	2.67 ± 2.72
29. สนใจกิจกรรมทางเพศลดลง	32 (18.00)	<b>6.66 ± 2.82</b>	1.81 ± 2.29	1.45 ± 1.80
30. ไม่มีอารมณ์ทางเพศ	31 (17.40)	6.10 ± 3.17	1.71 ± 1.97	1.38 ± 1.72
31. เจ็บแน่นหน้าอก	29 (16.30)	4.28 ± 2.30	3.79 ± 2.62	3.45 ± 2.87
32. ขากระตุก	23 (12.90)	4.39 ± 2.74	2.61 ± 2.48	2.35 ± 2.25

\* ช่วงคะแนนการรับรู้อาการใน 3 มิติ มีค่าระหว่าง 0-10 คะแนน

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีการรับรู้อาการใน 4 มิติ ดังนี้

มิติการเกิดอาการ พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเกิดอาการมากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย คือ 1) ผิวแห้ง 2) รู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีแรง 3) คั้น 4) ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และ 5) ขาบวม และนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 78.10, 71.30, 63.50, 59.60, 55.60, และ 55.60 ตามลำดับ ส่วนอาการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเกิดอาการน้อยที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากน้อยไปมาก คือ 1) ขากระตุก 2) เจ็บแน่นหน้าอก 3) ไม่มีอารมณ์ทางเพศ 4) สนใจกิจกรรมทางเพศลดลง และ 5) ไม่มีสมาธิ (ร้อยละ 12.90, 16.30, 17.40, 18.00, และ 18.50 ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์ตามจำนวนอาการที่เกิดขึ้นทั้งหมด 32 อาการ พบว่า จำนวนอาการเฉลี่ยที่เกิดขึ้นต่อกลุ่มตัวอย่าง 1 คน เท่ากับ 12.08 อาการ (SD = 5.25) ซึ่งจำนวนอาการที่เกิดขึ้นน้อยที่สุด เท่ากับ 3 อาการ และมากที่สุด เท่ากับ 29 อาการ

มิติความถี่ พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความถี่มากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย คือ 1) ผิวแห้ง 2) ขาบวม 3) ชาหรือเป็นเหน็บที่เท้า 4) สนใจกิจกรรมทางเพศลดลง และ 5) นอนไม่หลับ ( $\bar{X} \pm SD = 7.65 \pm 2.83, 6.89 \pm 2.78, 6.74 \pm 3.04, 6.66 \pm 2.82, \text{ และ } 6.35 \pm 2.56$  ตามลำดับ) ส่วนอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความถี่น้อยที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากน้อยไปมาก คือ 1) ท้องเสีย 2) อาเจียน 3) รู้สึกเสียใจ 4) ปวดศีรษะ และ 5) คลื่นไส้ ( $\bar{X} \pm SD = 3.18 \pm 2.44, 3.81 \pm 2.22, 3.87 \pm 2.48, 3.92 \pm 2.33, \text{ และ } 4.05 \pm 2.11$  ตามลำดับ)

มิติความรุนแรง พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความรุนแรงมากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย คือ 1) คั้น 2) ปวดกระตุกหรือข้อ 3) ตะคริว 4) ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และ 5) ชา

หรือเป็นเหน็บที่เท้า ( $\bar{X} \pm SD = 5.04 \pm 2.76, 4.92 \pm 3.32, 4.56 \pm 2.93, 4.51 \pm 2.90,$  และ  $4.11 \pm 2.63$  ตามลำดับ) ส่วนอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความรุนแรงน้อยที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากน้อยไปมาก คือ 1) ไม่มีอารมณ์ทางเพศ 2) สนใจกิจกรรมทางเพศลดลง 3) ท้องผูก 4) ปากแห้ง และ 5) ปัสสาวะบ่อยในเวลากลางวัน ( $\bar{X} \pm SD = 1.71 \pm 1.97, 1.81 \pm 2.29, 1.94 \pm 1.53, 2.05 \pm 1.83,$  และ  $2.41 \pm 2.19$  ตามลำดับ)

มิติตามความทุกข์ทรมาน พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความทุกข์ทรมานมากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย คือ 1) คัน 2) ปวดกระดูกหรือข้อ 3) ตะคริว 4) ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และ 5) ปวดศีรษะ ( $\bar{X} \pm SD = 4.75 \pm 2.60, 4.68 \pm 3.47, 4.31 \pm 3.00, 4.17 \pm 2.96,$  และ  $3.64 \pm 2.61$  ตามลำดับ) ส่วนอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากน้อยไปมาก คือ 1) สนใจกิจกรรมทางเพศลดลง 2) ไม่มีอารมณ์ทางเพศ 3) ปากแห้ง 4) ท้องผูก และ 5) ผิวแห้ง ( $\bar{X} \pm SD = 1.38 \pm 1.72, 1.45 \pm 1.80, 1.67 \pm 1.42, 1.71 \pm 1.45,$  และ  $2.12 \pm 2.15$  ตามลำดับ)

ประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติ หรือที่เรียกว่า “ภาวะอาการ” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.71 (SD = 9.53) คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 1.41 ส่วนคะแนนสูงสุด เท่ากับ 50.50 เมื่อจำแนกตามรายมิติ พบว่า 1) มิติการเกิดอาการ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.08 (SD = 5.25) คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 3 ส่วนคะแนนสูงสุด เท่ากับ 29 2) มิติความถี่ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 65.53 (SD = 34.36) คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 7 ส่วนคะแนนสูงสุด เท่ากับ 168 3) มิติความรุนแรง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 41.61 (SD = 30.72) คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 0 ส่วนคะแนนสูงสุด เท่ากับ 152 และ 4) มิติความทุกข์ทรมาน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.63 (SD = 30.36) คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 0 ส่วนคะแนนสูงสุด เท่ากับ 166

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รายงานอาการอื่นๆ ที่เกิดขึ้นเพิ่มอีก 4 อาการ คือ 1) ง่วงนอนตอนกลางวัน จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 51.70 2) ระบายน้ำ จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 37.10 3) ชาหรือเป็นเหน็บที่มือ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 12.40 และ 4) ท้องอืดท้องเฟ้อ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 8.40 โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสบการณ์การมีอาการในมิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมานของแต่ละอาการ คือ 1) ง่วงนอนตอนกลางวัน ( $\bar{X} \pm SD = 7.61 \pm 1.70, 1.67 \pm 1.14,$  และ  $1.36 \pm 0.64$  ตามลำดับ) 2) ระบายน้ำ ( $\bar{X} \pm SD = 7.32 \pm 2.05, 1.89 \pm 1.14,$  และ  $1.56 \pm 0.88$  ตามลำดับ) 3) ชาหรือเป็นเหน็บที่มือ ( $\bar{X} \pm SD = 6.05 \pm 2.87, 3.09 \pm 2.09,$  และ  $2.82 \pm 1.97$  ตามลำดับ) และ 4) ท้องอืดท้องเฟ้อ ( $\bar{X} \pm SD = 5.20 \pm 1.82, 1.87 \pm 0.92,$  และ  $1.60 \pm 0.91$  ตามลำดับ)

**ตอนที่ 3 กลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง**

**ตารางที่ 11** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม กลวิธีการจัดการอาการ 13 วิธีหลัก (ตอบได้มากกว่า 1 วิธี) (n = 178 คน)

กลวิธีการจัดการอาการ 13 วิธีหลัก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>1. การรับประทานอาหารและน้ำดื่มที่ควรปฏิบัติ</b>	<b>173</b>	<b>97.20</b>
1) รับประทานอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพ	156	87.60
2) รับประทานอาหารที่มีกากใย	148	83.10
3) ลดปริมาณน้ำดื่มในมือถัดไป	54	30.30
4) เปลี่ยนเมนูอาหาร	33	18.50
<b>2. การแพทย์ทางเลือก</b>	<b>166</b>	<b>93.30</b>
1) นวดหรือกด บริเวณตำแหน่งที่มีอาการ	98	55.10
2) เหยียด เกร็ง หรือกระดกปลายเท้า	86	48.30
3) อ่านหนังสือธรรมะหรือทำสมาธิ	78	43.80
4) เกาหรือลูบ	71	39.90
5) อมน้ำแข็งไว้ในปาก	46	25.80
6) ตมยาต้ม	20	11.20
7) ใช้วิธีการแพทย์พื้นบ้าน	15	8.40
8) ประคบร้อนไว้ที่ปลายเท้า	3	1.70
9) สูดหายใจเข้า-ออกลึกๆ	2	1.10
10) แช่เท้ากับน้ำอุ่น	2	1.10
<b>3. การรับประทานอาหารและน้ำดื่มที่ควรหลีกเลี่ยง</b>	<b>165</b>	<b>92.70</b>
1) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวกหมักดอง	162	91.00
2) หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มจำพวกชา กาแฟ น้ำผลไม้ น้ำหวาน นม	159	89.30
3) หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	156	87.60
4) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม	152	85.40
5) หลีกเลี่ยงการรับประทานประเภททอดหรือมัน	1	0.60

## ตารางที่ 11 (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ 13 วิธีหลัก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>4. ด้านจิตใจ</b>	<b>164</b>	<b>92.10</b>
1) ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น	127	71.30
2) สร้างกำลังใจให้ตนเอง	120	67.40
3) พูดคุยระบายความรู้สึกกับคนใกล้ชิด	110	61.80
4) อดทน รอดูอาการ	99	55.60
5) อยู่เงียบๆ คนเดียว	32	18.00
6) ร้องไห้	5	2.80
7) เขียนไดอารี่	4	2.20
8) ทำบุญ/ใส่บาตร	2	1.10
9) ละหมาด/อ่านคัมภีร์	2	1.10
<b>5. คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์</b>	<b>163</b>	<b>91.60</b>
1) ไข้ยาตามที่แพทย์สั่ง	156	87.60
2) ไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ	88	49.40
3) ใช้น้ำยา 4.25% dextrose	24	13.50
4) รับประทานอาหารเสริม	17	9.60
5) เพิ่มรอบในการล้างไต	3	1.70
6) ใช้น้ำยา 2.5% dextrose	3	1.70
7) ใช้ออกซิเจนชนิดพกพา	2	1.10
<b>6. สิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ</b>	<b>160</b>	<b>89.90</b>
1) จิบหลักตอนกลางวัน	146	82.00
2) ซึ้อยามารับประทานหรือทำเอง	72	40.40
<b>7. การผ่อนคลาย</b>	<b>159</b>	<b>89.30</b>
1) นั่งหรือนอนพักผ่อน	159	89.30
<b>8. การเบี่ยงเบนความสนใจ</b>	<b>153</b>	<b>86.00</b>
1) ดูโทรทัศน์หรือฟังเพลง	151	84.80
2) ทำงานอดิเรก เช่น ปลุกต้นไม้	27	15.20
3) เล่นโทรศัพท์มือถือ	2	1.10
4) อ่านหนังสือ	1	0.60
<b>9. การจัดสิ่งแวดล้อม</b>	<b>150</b>	<b>84.30</b>
1) อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาด ลดเสียงรบกวน และแสงสว่างไม่มากเกินไป	139	78.10
2) เปลี่ยนบรรยากาศในการรับประทานอาหาร	31	17.40

## ตารางที่ 11 (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ 13 วิธีหลัก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>10. การดูแลผิวหนัง</b>	<b>138</b>	<b>77.50</b>
1) ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น เช่น ทาโลชั่น	134	75.30
2) ทาวาสลีนหรือลิปสติก	31	17.40
3) เช็ดแอลกอฮอล์	1	0.60
<b>11. การออกกำลังกาย</b>	<b>100</b>	<b>56.20</b>
1) ออกกำลังกายเบาๆ เช่น เดิน โยคะ	67	37.60
2) กำ/แบมือ	21	11.80
3) ขยับตัวหรือเปลี่ยนอิริยาบถ	19	10.70
4) ลูกเขี่ยหรือเดิน	6	3.40
<b>12. การจัดทำ</b>	<b>87</b>	<b>48.90</b>
1) ยกขาสูงประมาณ 45 องศา	62	34.80
2) นอนยกศีรษะสูง	30	16.90
3) ยืดขา	2	1.10
4) ขยับขาหรือเท้า	1	0.60
<b>13. อื่นๆ</b>	<b>73</b>	<b>41.00</b>
1) จิบน้ำ	52	29.20
2) จิบน้ำอุ่น	16	9.00
3) พยายามข่มตาให้นอนหลับ	13	7.30
4) รับประทานอาหารที่มีรสเปรี้ยว	11	6.20
5) พยายามฝืนรับประทานอาหาร	6	3.40
6) จิบน้ำหวาน	5	2.80
7) จิบน้ำผึ้งผสมมะนาว	3	1.70

$$\bar{X} = 21.40, SD = 5.37, \min = 7, \max = 35$$

จากตารางที่ 11 พบว่า กลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเลือกปฏิบัติทั้งหมด 13 วิธีหลัก แบ่งเป็น 63 วิธีย่อย จำนวนกลวิธีการจัดการอาการเฉลี่ยต่อคนเท่ากับ 21.40 วิธี ส่วนใหญ่เลือกใช้การรับประทานอาหารและน้ำดื่มที่ควรปฏิบัติ ร้อยละ 97.20 รองลงมา คือ การแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 93.30 การรับประทานอาหารและน้ำดื่มที่ควรหลีกเลี่ยง ร้อยละ 92.70 ด้านจิตใจ ร้อยละ 92.1 คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 91.60 สิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ ร้อยละ 89.90 การผ่อนคลาย ร้อยละ 89.30 การเบี่ยงเบนความสนใจ ร้อยละ 86.00 การจัดสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 84.30 การดูแลผิวหนัง ร้อยละ 77.50 การออกกำลังกาย ร้อยละ 56.20 การจัดทำ ร้อยละ 48.90 และวิธีอื่นๆ ร้อยละ 41.00

**ตารางที่ 12** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประสิทธิผลของกลวิธีการจัดการอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (ตอบได้มากกว่า 1 วิธี)

กลวิธีการจัดการอาการ 13 วิธีหลัก	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
<b>1. การรับประทานอาหารและน้ำดื่มที่ควรปฏิบัติ (n = 173)</b>			
1) เปลี่ยนเมนูอาหาร (n = 33)	4.03	0.39	มาก
2) รับประทานอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพ (n = 156)	3.71	0.69	มาก
3) ลดปริมาณน้ำดื่มในมือถัดไป (n = 54)	3.67	0.77	มาก
4) รับประทานอาหารที่มีกากใย (n = 148)	3.66	0.73	มาก
<b>2. การแพทย์ทางเลือก (n = 166)</b>			
1) ดมยาต้ม (n = 20)	4.20	0.41	มาก
2) เกาหรือลูบ (n = 71)	4.06	0.50	มาก
3) สูดหายใจเข้า-ออกลึกๆ (n = 2)	4.00	0.00	มาก
4) แช่เท้ากับน้ำอุ่น (n = 2)	4.00	0.00	มาก
5) เขยียด เกร็ง หรือกระดกปลายเท้า (n = 86)	3.90	0.84	มาก
6) อมน้ำแข็งไว้ในปาก (n = 46)	3.80	0.75	มาก
7) นวดหรือกดบริเวณตำแหน่งที่มีอาการ (n = 98)	3.64	0.85	มาก
8) อ่านหนังสือธรรมะหรือทำสมาธิ (n = 78)	3.64	0.77	มาก
9) ใช้วิธีการทางการแพทย์พื้นบ้าน (n = 15)	3.33	0.98	ปานกลาง
10) ประคบร้อนไว้ที่ปลายเท้า (n = 3)	3.00	0.00	ปานกลาง
<b>3. การรับประทานอาหารและน้ำดื่มที่ควรหลีกเลี่ยง (n = 165)</b>			
1) หลีกเลี่ยงการรับประทานประเภททอดหรือมัน (n = 1)	4.00	-	มาก
2) หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (n = 156)	3.74	0.77	มาก
3) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม (n = 152)	3.74	0.81	มาก
4) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวกหมักดอง (n = 162)	3.70	0.82	มาก
5) หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มจำพวกชา กาแฟ น้ำผลไม้ น้ำหวาน นม (n = 159)	3.66	0.77	มาก
<b>4. ด้านจิตใจ (n = 164)</b>			
1) ละหมาด/อ่านคัมภีร์ (n = 2)	4.50	0.71	มาก
2) อยู่เงียบๆ คนเดียว (n = 32)	4.22	0.42	มาก
3) เขียนไดอารี่ (n = 4)	4.00	0.00	มาก
4) ร้องไห้ (n = 5)	3.80	0.45	มาก
5) สร้างกำลังใจให้ตนเอง (n = 120)	3.73	0.81	มาก
6) ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น (n = 127)	3.69	0.82	มาก
7) พูดคุยระบายความรู้สึกกับคนใกล้ชิด (n = 110)	3.62	0.80	มาก
8) ทำบุญ/ใส่บาตร (n = 2)	3.50	0.71	มาก
9) อดทน รอดูอาการ (n = 99)	3.10	0.91	ปานกลาง

## ตารางที่ 12 (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ 13 วิธีหลัก	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
<b>5. คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ (n = 163)</b>			
1) ใช้ออกซิเจนชนิดพกพา (n = 2)	4.50	0.71	มากที่สุด
2) ใช้น้ำยา 4.25% dextrose (n = 24)	4.42	0.50	มาก
3) ใช้น้ำยา 2.5% dextrose (n = 3)	4.33	0.58	มาก
4) ใช้อาหารที่แพทย์สั่ง (n = 156)	4.03	0.82	มาก
5) เพิ่มรอบในการล้างไต (n = 3)	4.00	0.00	มาก
6) ไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ (n = 88)	3.95	0.66	มาก
7) รับประทานอาหารเสริม (n = 17)	3.82	0.51	มาก
<b>6. สิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ (n = 160)</b>			
1) งดหลับตอนกลางวัน (n = 146)	3.99	0.89	มาก
2) ใช้อาหารรับประทานหรือทาเอง (n = 72)	3.83	0.53	มาก
<b>7. การผ่อนคลาย (n = 159)</b>			
1) นิ่งหรือนอนพักผ่อน (n = 159)	3.85	0.77	มาก
<b>8. การเบี่ยงเบนความสนใจ (n = 153)</b>			
1) เล่นโทรศัพท์มือถือ (n = 2)	3.50	0.71	มาก
2) ดูโทรทัศน์หรือฟังเพลง (n = 151)	3.48	0.76	ปานกลาง
3) ทำงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้ (n = 27)	3.07	0.68	ปานกลาง
4) อ่านหนังสือ (n = 1)	3.00	-	ปานกลาง
<b>9. การจัดสิ่งแวดล้อม (n = 150)</b>			
1) อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาด ลดเสียงรบกวน และแสงสว่างไม่มากเกินไป (n = 139)	3.44	0.73	ปานกลาง
2) เปลี่ยนบรรยากาศในการรับประทานอาหาร (n = 31)	2.94	0.96	ปานกลาง
<b>10. การดูแลผิวหนัง (n = 134)</b>			
1) ทาวาสลีนหรือลิปสติก (n = 31)	4.00	0.00	มาก
2) ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น เช่น ทาโลชั่น (n = 134)	3.90	0.62	มาก
3) เช็ดแอลกอฮอล์ (n = 1)	3.00	-	ปานกลาง
<b>11. การออกกำลังกาย (n = 100)</b>			
1) ลุกขึ้นยืนหรือเดิน (n = 6)	4.00	0.00	มาก
2) กำ/แบมือ (n = 21)	3.95	0.22	มาก
3) ขยับตัวหรือเปลี่ยนอิริยาบถ (n = 19)	3.79	0.54	มาก
4) ออกกำลังกายเบาๆ เช่น เดิน โยคะ (n = 67)	3.43	0.78	ปานกลาง

## ตารางที่ 12 (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ 13 วิธีหลัก	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
<b>12. การจัดทำ (n = 87)</b>			
1) ยืดขา (n = 2)	4.50	0.71	มาก
2) นอนยกศีรษะสูง (n = 30)	4.17	0.59	มาก
3) ขยับขาหรือเท้า (n = 1)	4.00	-	มาก
4) ยกขาสูงประมาณ 45 องศา (n = 62)	3.82	0.67	มาก
<b>13. อื่นๆ (n = 73)</b>			
1) รับประทานอาหารที่มีรสเปรี้ยว (n = 11)	4.18	0.41	มาก
2) จิบน้ำอุ่น (n = 16)	4.13	0.34	มาก
3) จิบน้ำหวาน (n = 5)	4.00	0.00	มาก
4) จิบน้ำ (n = 52)	3.98	0.24	มาก
5) พยายามข่มตาให้นอนหลับ (n = 13)	3.77	0.44	มาก
6) พยายามฝืนรับประทาน (n = 6)	3.67	0.82	มาก
7) จิบน้ำผึ้งผสมมะนาว (n = 3)	3.67	0.58	มาก

จากตารางที่ 12 พบว่า กลวิธีการจัดการอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากขึ้นไป 5 อันดับแรก คือ 1) ใช้ยาตามแพทย์สั่ง 2) นิ่งหรือนอนพักก่อน 3) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 4) รับประทานอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพ และ 5) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวกหมักดอง ( $\bar{X} \pm SD = 4.03 \pm 0.82, 3.85 \pm 0.77, 3.74 \pm 0.81, 3.74 \pm 0.77, 3.71 \pm 0.69, 3.70 \pm 0.82$  ตามลำดับ)

**ตารางที่ 13** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การเลือกแหล่งข้อมูล ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประสิทธิผลของแหล่งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (ตอบได้มากกว่า 1 แหล่งข้อมูล) (n = 178 คน)

แหล่งข้อมูล	การเลือกปฏิบัติ		ประสิทธิผล		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. สอบถามจากบุคลากรทางการแพทย์	129	72.50	3.80	0.69	มาก
2. สอบถามจากผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องเหมือนกัน	49	27.50	3.00	1.00	ปานกลาง
3. สอบถามจากคนอื่นๆ ที่เคยมีอาการนั้นๆ	42	23.60	3.14	0.98	ปานกลาง
4. ค้นหาวิธีการจัดการอาการจากสื่อต่างๆ	32	18.00	3.22	1.01	ปานกลาง

จากตารางที่ 13 พบว่า แหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเลือกปฏิบัติมากที่สุดและมีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก คือ สอบถามจากบุคลากรทางการแพทย์



ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบประสพการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม 11 ตัวแปร คือ เพศ อายุ โรคร่วม ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง ระดับฮีโมโกลบิน ระดับบิยูเอีน ระดับครีเอตินิน ระดับอัลบูมิน ระดับแคลเซียม ระดับฟอสเฟต และระดับความพอเพียงของการล้างไต

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบประสพการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม 11 ตัวแปร

ตัวแปร	ประสพการณ์ การมีอาการทั้ง 4 มิติ		ค่าสถิติ	p-value
	$\bar{X}$	SD		
<b>เพศ</b>				
ชาย (n=88)	13.94	8.92	t = -2.49	0.01
หญิง (n=90)	17.44	9.84		
<b>อายุ</b>				
20-24 ปี (n = 3)	30.51	4.43	F = 3.91	0.02
25-34 ปี (n = 14)	14.31	7.07		
35-59 ปี (n = 161)	15.56	9.59		
<b>โรคร่วม</b>				
1 โรค (n = 62)	15.44	9.23	F = 0.10	0.91
2 โรค (n = 69)	15.91	10.99		
≥ 3 โรค (n = 41)	16.28	7.83		
<b>ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง</b>				
≤52 สัปดาห์ (n = 56)	16.88	10.38	F = 0.68	0.51
53-260 สัปดาห์ (n = 100)	15.03	9.43		
261-520 สัปดาห์ (n = 22)	15.82	7.68		
<b>ระดับบิยูเอีน</b>				
ระดับบิยูเอีนในเลือดต่ำ (< 40 mg/dl) (n = 41)	15.52	7.70	F = 0.94	0.39
ระดับบิยูเอีนในเลือดปกติ (40-100 mg/dl) (n=128)	15.77	10.12		
ระดับบิยูเอีนในเลือดสูง (> 100 mg/dl) (n = 4)	22.33	9.32		
<b>ระดับครีเอตินิน</b>				
ระดับครีเอตินินในเลือดต่ำ (< 5 mg/dl) (n = 16)	15.54	7.58	F = 0.36	0.70
ระดับครีเอตินินในเลือดปกติ (5-15 mg/dl) (n = 135)	16.02	9.89		
ระดับครีเอตินินในเลือดสูง (> 15 mg/dl) (n = 25)	14.44	9.16		

ตารางที่ 14 (ต่อ)

ตัวแปร	ประสบการณ์		ค่าสถิติ	p-value
	การมีอาการทั้ง 4 มิติ			
	$\bar{X}/ MR^*$	$SD/ SR^*$		
<b>ระดับอัลบูมิน</b>				
ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ (< 3.50 mg/dl) (n = 99)	16.41	8.78	t = 2.54	0.01
ระดับอัลบูมินในเลือดปกติ ( $\geq$ 3.50 mg/dl) (n = 65)	12.97	8.01		
<b>ระดับแคลเซียม</b>				
ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ (< 8.40 mg/dl) (n = 51)	15.52	8.83	F = 0.02	0.98
ระดับแคลเซียมในเลือดปกติ (8.40-9.50 mg/dl) (n = 81)	15.77	9.66		
ระดับแคลเซียมในเลือดสูง (> 9.50 mg/dl) (n = 44)	15.89	10.47		
<b>ระดับฟอสเฟต</b>				
ระดับฟอสเฟตในเลือดต่ำ (< 3.50 mg/dl) (n = 36)	15.66	10.12	F = 0.81	0.45
ระดับฟอสเฟตในเลือดปกติ (3.50-5.50 mg/dl) (n = 103)	15.22	8.74		
ระดับฟอสเฟตในเลือดสูง (> 5.50 mg/dl) (n = 37)	17.54	11.05		
<b>ระดับความพอเพียงของการล้างไต</b>				
ไม่มีความพอเพียงในการล้างไต (< 1.7) (n = 54)	15.19	7.13	t = 0.16	0.87
มีความพอเพียงในการล้างไต ( $\geq$ 1.7) (n = 101)	14.97	8.63		
<b>ระดับฮีโมโกลบิน**</b>				
<b>ระดับฮีโมโกลบินในเพศชาย</b>				
ระดับฮีโมโกลบินในเลือดต่ำ (< 13.00 g/dl) (n = 78)	42.82	3340.00	U = 259.00	0.43
ระดับฮีโมโกลบินในเลือดปกติ ( $\geq$ 13.00 g/dl) (n = 8)	50.13	401.00		
<b>ระดับฮีโมโกลบินในเพศหญิง</b>				
ระดับฮีโมโกลบินในเลือดต่ำ (< 12.00 g/dl) (n = 78)	45.43	3543.50	U = 462.50	0.95
ระดับฮีโมโกลบินในเลือดต่ำ ( $\geq$ 12.00 g/dl) (n = 12)	45.96	551.50		

\* MR = mean rank, SR = sum of rank

\*\* ใช้สถิติ Mann-Whitney U test

จากตารางที่ 14 พบว่า เมื่อนำค่าเฉลี่ยประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมาจำแนกตาม 11 ตัวแปร ดังนี้

1. เพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

2. อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุต่างกันมีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 3.91, p < 0.05$ ) อย่างน้อย 1 คู่ จึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามช่วงอายุเป็นรายคู่ด้วยการเปรียบเทียบพหุคูณ (multiple comparison) โดยใช้วิธี Least significant difference (LSD) ดังตารางที่ 15

**ตารางที่ 15** การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม อายุ

อายุ	20-24 ปี			25-34 ปี			35-59 ปี		
	$\bar{X}$								
20-24 ปี	30.51	-		16.20*			14.95*		
25-34 ปี	14.31			-			-1.24		
35-59 ปี	15.56						-		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง อายุ 20-24 ปี มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติสูงกว่า อายุ 35-59 ปี และอายุ 25-34 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ตามลำดับ

3) โรคร่วม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนโรคร่วมต่างกัน มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติไม่แตกต่างกัน

4) ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้องต่างกัน มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติไม่แตกต่างกัน

5) ระดับปียูเอ็น พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับปียูเอ็นในเลือดต่างกัน มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติไม่แตกต่างกัน

6) ระดับครีเอตินิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับครีเอตินินในเลือดต่างกัน มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติไม่แตกต่างกัน

7) ระดับอัลบูมิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับอัลบูมินในเลือดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

8) ระดับแคลเซียม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับแคลเซียมในเลือดต่างกัน มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติไม่แตกต่างกัน

9) ระดับฟอสเฟต พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับฟอสเฟตในเลือดต่างกัน มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติไม่แตกต่างกัน

10) ระดับความพอเพียงของการล้างไต พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความพอเพียงของการล้างไตต่างกัน มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติไม่แตกต่างกัน

11) ระดับฮีโมโกลบิน ดังนี้

11.1) ระดับฮีโมโกลบินในเพศชาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายที่มีระดับฮีโมโกลบินต่ำ และระดับฮีโมโกลบินปกติ มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติไม่แตกต่างกัน

11.2) ระดับฮีโมโกลบินในเพศหญิง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่มีระดับฮีโมโกลบินต่ำ และระดับฮีโมโกลบินปกติ มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติไม่แตกต่างกัน

กล่าวโดยสรุป กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ อายุ และระดับอัลบูมินแตกต่างกัน มีประสบการณ์การมี อาการทั้ง 4 มิติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนโรคร่วม ระยะเวลาในการล้าง ไตทางช่องท้อง ระดับฮีโมโกลบิน ระดับปียูเอ็น ระดับครีเอตินิน ระดับแคลเซียม ระดับฟอสเฟต และ ระดับความพอเพียงของการล้างไตแตกต่างกัน มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติไม่แตกต่างกัน



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการใน 4 มิติ (มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน) และกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง รวมทั้งเปรียบเทียบประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติ จำแนกตาม 11 ตัวแปร คือ เพศ อายุ โรคร่วม ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง ระดับฮีโมโกลบิน ระดับปียูเอ็น ระดับครีเอตินิน ระดับอัลบูมิน ระดับแคลเซียม ระดับฟอสเฟต และระดับความพอใจของการล้างไต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่เข้ามารับบริการ ณ หน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2 แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร คือ โรงพยาบาลตำรวจ และศูนย์ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ซึ่งได้มาจากการสุ่มหน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตกรุงเทพมหานครทั้งหมด 14 แห่ง โดยวิธีการสุ่มแบบ 3 ขั้นตอน (triple stage sampling) (Burns & Grove, 2009) ระหว่างเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2560 โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

1. อายุระหว่าง 20-59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีระดับค่าอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR) น้อยกว่า  $15 \text{ mL/min/1.73 m}^2$
3. ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์
4. สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ และสามารถบอกอาการได้ด้วยตนเอง
5. ยินดีและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม n4Studies (Ngamjarus et al., 2016) เลือกรวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร (estimating the finite population mean) (Daniel, 1995) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 178 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามการวิจัย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และส่วนที่ 3 แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความ

เหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ค่าความค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้เท่ากับ 0.97 ส่วนค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้เท่ากับ 0.94 และนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมาตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้ง 4 มิติ คือ มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน ได้เท่ากับ 0.70, 0.83, 0.84, และ 0.86 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในด้านการเลือกปฏิบัติและประสิทธิผลของกลวิธีการจัดการอาการได้เท่ากับ 0.73 และ 0.80 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในมิติการเกิดอาการ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลในมิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน วิเคราะห์ด้วยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อมูลกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ด้านการเลือกปฏิบัติกลวิธีการจัดการอาการ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ส่วนด้านประสิทธิผลของกลวิธีการจัดการอาการ วิเคราะห์ด้วยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. ข้อมูลการเปรียบเทียบประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม 11 ตัวแปร วิเคราะห์ดังนี้
  - 4.1 ตัวแปรเพศ ระดับอัลบูมิน และระดับความพอเพียงของการล้างไต วิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test ส่วนระดับฮีโมโกลบิน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test
  - 4.2 ตัวแปรอายุ โรคร่วม ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง ระดับปียูเอ็น ระดับครีเอตินิน ระดับแคลเซียม และระดับฟอสเฟต วิเคราะห์ด้วยสถิติ ANOVA

## สรุปผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50.60 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 90.40 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.75 ปี นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.00 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.30 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.50 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 68.50 ส่วนกลุ่มที่ทำงานส่วนใหญ่ ประกอบธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 20.80 มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 27,835.71 บาท/เดือน และใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 89.30

ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับล้างไตทางช่องท้อง เป็นระยะเวลาอยู่ในช่วง มากกว่า 1 ปี-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.18 น้ำยาที่ใช้มากที่สุด คือ 1.5% dextrose คิดเป็นร้อยละ 88.20 ปริมาณน้ำยาที่ใช้มากที่สุด คือ 7,001-9,500 มิลลิลิตรต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 76.40 ความถี่ในการล้างไตทางช่องท้องมากที่สุด คือ 4 ครั้งต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 79.21 ส่วนใหญ่มีระดับความพอเพียงของการล้างไตมากกว่าหรือเท่ากับ 1.70 หรืออยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 59.00 ระดับความพอเพียงของการล้างไตเฉลี่ย เท่ากับ 1.92

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 96.60 เมื่อวิเคราะห์ตามชนิดของโรคร่วม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 88.80 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 43.30 โรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 25.30 โรคเก๊าท์ คิดเป็นร้อยละ 13.50 และโรคอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 11.20 เมื่อวิเคราะห์ตามจำนวนโรคร่วม พบว่า ส่วนใหญ่มีจำนวนโรคร่วม 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 38.75 รองลงมา คือ จำนวน 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 34.82 จำนวน 3 โรค คิดเป็นร้อยละ 18.53 จำนวน 4 โรค คิดเป็นร้อยละ 3.37 จำนวน 5 โรค คิดเป็นร้อยละ 0.56 และจำนวน 6 โรค คิดเป็นร้อยละ 0.56

สำหรับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี 1) ระดับน้ำตาลในเลือด หลังอดอาหาร อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 33.14 2) ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 27.00 3) ระดับไตรกรีเซอร์ไรด์ในเลือด อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 28.10 4) ระดับโซเดียมในเลือด อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 77.00 5) ระดับโพแทสเซียมในเลือด อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 62.36 6) ระดับแคลเซียมในเลือด อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 45.50 7) ระดับฟอสเฟตในเลือด อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 57.90 8) ระดับบิยูเอีนในเลือด อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 71.91 9) ระดับครีเอตินินในเลือด อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 75.85 10) ระดับอัลบูมินในเลือด อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 55.60 11) ระดับฮีโมโกลบินในเพศชายและ

เพศหญิง อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 43.80 และ 43.90 ตามลำดับ และ 11) ระดับฮีมาโตคริต อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 65.20

ส่วนประเภทของยาที่ใช้ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ คือ กลุ่มยาอีริทรอโพอิติน Erythropoietin คิดเป็นร้อยละ 93.30 รองลงมา คือ กลุ่มยาปรับสมดุลเกลือแร่และกรดต่าง คิดเป็นร้อยละ 91.60 กลุ่มยารักษาภาวะโลหิตจาง คิดเป็นร้อยละ 91.00 กลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 91.00 กลุ่มยาขับปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 59.00 กลุ่มยาลดระดับไขมันในเลือด คิดเป็นร้อยละ 53.90 และกลุ่มยาลดระดับน้ำตาลในเลือด คิดเป็นร้อยละ 10.10 รวมทั้งกลุ่มยาอื่นๆ ที่ใช้ในการรักษาโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 69.70 และยาที่ใช้เพื่อจัดการอาการทั้งหมด 11 อาการ ส่วนใหญ่ คือ ยารักษาอาการท้องผูก คิดเป็นร้อยละ 30.90 รองลงมา คือ ยารักษาอาการท้องอืดท้องเฟ้อ คิดเป็นร้อยละ 24.20 ยารักษาอาการเหน็บชา คิดเป็นร้อยละ 9.00 ยารักษาอาการเบื่ออาหาร คิดเป็นร้อยละ 8.40 ยารักษาอาการนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 4.50 ยารักษาอาการคัน คิดเป็นร้อยละ 4.50 ยารักษาอาการปวด คิดเป็นร้อยละ 3.40 ยารักษาอาการไอ คิดเป็นร้อยละ 1.70 ยารักษาอาการคลื่นไส้/อาเจียน คิดเป็นร้อยละ 1.70 ยารักษาอาการซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 1.70 และยารักษาอาการเวียนศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 0.60

2. ประสบการณ์การมีอาการใน 4 มิติ (มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

2.1 เมื่อวิเคราะห์ตามจำนวนอาการที่เกิดขึ้นทั้งหมด 32 อาการ พบว่า จำนวนอาการเฉลี่ยที่เกิดขึ้นต่อกลุ่มตัวอย่าง 1 คน เท่ากับ 12.08 อาการ (SD = 5.25) ซึ่งจำนวนอาการที่เกิดขึ้นน้อยที่สุด เท่ากับ 3 อาการ และมากที่สุด เท่ากับ 29 อาการ

2.2 อาการผิวแห้ง เป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีการรับรู้การเกิดอาการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 78.10 และรายงานความถี่มากที่สุด ( $\bar{X} \pm SD = 7.65 \pm 2.83$ )

2.3 อาการคัน เป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องรายงานความรุนแรงและความทุกข์ทรมานมากที่สุด ( $\bar{X} \pm SD = 5.04 \pm 2.76, 4.75 \pm 2.60$  ตามลำดับ)

3. กลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

กลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเลือกปฏิบัติมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวกหมักดอง (ร้อยละ 91.00) หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มจำพวก ชา กาแฟ น้ำผลไม้ น้ำหวาน นม เป็นต้น (ร้อยละ 89.30) นั่งหรือนอนพักผ่อน (ร้อยละ 89.30) รับประทานอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพ เช่น ไข่ขาว ปลา ไข่ เป็นต้น (ร้อยละ 87.60) หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 87.60) ใช้



ยาตามแพทย์สั่ง (ร้อยละ 87.60) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม (ร้อยละ 85.40) และดูโทรทัศน์หรือฟังเพลง (ร้อยละ 84.80)

กลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเลือกปฏิบัติมากที่สุด 5 อันดับแรกและมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับมากขึ้นไป คือ ใช้ยาตามแพทย์สั่ง ( $\bar{X} \pm SD = 4.03 \pm 0.82$ ) นั่งหรือนอนพักผ่อน ( $\bar{X} \pm SD = 3.85 \pm 0.77$ ) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ( $\bar{X} \pm SD = 3.74 \pm 0.81$ ) หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ( $\bar{X} \pm SD = 3.74 \pm 0.77$ ) รับประทานอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพ เช่น ไข่ขาว ปลา ไก่ เป็นต้น ( $\bar{X} \pm SD = 3.71 \pm 0.69$ ) และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวกหมักดอง ( $\bar{X} \pm SD = 3.70 \pm 0.82$ )

4. การเปรียบเทียบประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม 11 ตัวแปร คือ เพศ อายุ โรคร่วม ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง ระดับฮีโมโกลบิน ระดับบิยูเอ็น ระดับครีเอตินิน ระดับอัลบูมิน ระดับแคลเซียม ระดับฟอสเฟต และระดับความพอเพียงของการล้างไต ดังนี้

4.1 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเพศหญิงมีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติสูงกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

4.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีอายุระหว่าง 20-24 ปี มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี และอายุระหว่าง 25-34 ปี ( $F = 3.91, p = 0.026$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

4.3 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ (น้อยกว่า 3.50 mg/dl) มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับอัลบูมินในเลือดปกติ (มากกว่าหรือเท่ากับ 3.50 mg/dl) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

4.4 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีจำนวนโรคร่วม ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง ระดับฮีโมโกลบิน ระดับบิยูเอ็น ระดับครีเอตินิน ระดับแคลเซียม ระดับฟอสเฟต และระดับความพอเพียงของการล้างไต แตกต่างกัน มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติไม่แตกต่างกัน

## อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในครั้งนี ผู้วิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการใน 4 มิติ (มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง**

ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า จำนวนอาการเฉลี่ยที่เกิดขึ้นต่อกลุ่มตัวอย่าง 1 คน เท่ากับ 12.08 อาการ โดยจำนวนอาการที่เกิดขึ้นน้อยที่สุด เท่ากับ 3 อาการ และมากที่สุด เท่ากับ 29 อาการ ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องแต่ละรายมีจำนวนอาการที่เกิดขึ้นจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่แตกต่างกัน ซึ่ง Dodd et al. (2001) กล่าวว่า ประสบการณ์การมีอาการของบุคคลแต่ละคนจะเหมือนหรือต่างกันขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคร่วม ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง ระดับฮีโมโกลบิน ระดับบิยูเอีน ระดับครีเอตินิน ระดับอัลบูมิน ระดับแคลเซียม ระดับฟอสเฟต และระดับความพอเพียงของการล้างไต ดังนั้นจำนวนอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละคนจะเหมือนหรือต่างกันจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยดังกล่าวข้างต้น

### ประสบการณ์การมีอาการในมิติการเกิดอาการและมิติความถี่

อาการผิวแห้ง เป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้การเกิดอาการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 78.10 และรายงานความถี่มากที่สุด ( $\bar{X} \pm SD = 7.65 \pm 2.83$ ) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิวแห้งจะมีลักษณะของผิวหนังแห้งทั่วทั้งตัวและมีขุย (scale) พบบ่อยที่บริเวณด้านนอก (extensor surface) ของแขนขา ซึ่งมักมีขุยขนาดใหญ่สีดำ ส่วนที่พบบริเวณหน้าท้องจะมีขุยสีขาวขนาดเล็กและละเอียดกว่า ถ้าเป็นที่หนังศีรษะอาจจะลอกมีลักษณะคล้ายรังแค ซึ่งอาการผิวแห้งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากความผิดปกติของต่อมเหงื่อทำให้มีการหลั่งเหงื่อน้อยลงหรืออาจเกิดจากความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของวิตามินเอ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของตัวรับสัญญาณ (receptor) ของวิตามินเอ ส่งผลให้วิตามินเอเข้าสู่เซลล์ผิวหนังได้น้อยลง หรืออาจเกิดจากความผิดปกติของสารภายในเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการหลุดลอกของผิวหนังหรือกระบวนการสร้างเซลล์ผิวใหม่ (keratinization) มีผลทำให้เกิดอาการผิวแห้งได้ (ธนิต จิรนนท์ธวัช สมชาย เอี่ยมอ่อม และวิวัฒน์ ก่อกิจ, 2542) หรืออาจเกิดจากภาวะขาดน้ำ เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะต้องมีการจำกัดการดื่มน้ำ ซึ่งพบว่าผู้ป่วย

กลุ่มนี้มักมี skin turgor ผิดปกติร่วมด้วย ผลจากอาการผิวหนังนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดอาการคันได้ (วิวัฒน์ ก่อกิจ, 2553) เนื่องจากอาการผิวหนังจะชักนำให้เกิด nerve fiber transmission และเพิ่มจำนวนของเส้นประสาทในชั้นหนังกำพร้าร่วมกับกระตุ้นให้ pruritogens (สารที่กระตุ้นให้เกิดอาการคัน) ทำงานผ่านทาง itch-mediated C fiber ซึ่งเป็น unmyelinated fiber มี conduction velocity ต่ำ (ค่าเฉลี่ย 0.5 เมตร/วินาที) และมีการแตกแขนงบริเวณส่วนปลายเป็นจำนวนมาก เส้นประสาทเหล่านี้จะถ่ายทอดสัญญาณต่อไปยัง dorsal horn ของไขสันหลัง ผ่านไปยัง lateral spinothalamic tract เข้าสู่สมองส่วน thalamus และท้ายสุดไปยัง somatosensory cortex หลังจากนั้นจะสมองจะรับรู้ แล้วมีการแปลงสัญญาณนั้นออกมาเป็นอาการคัน (เจริญ ชูณหากาญจน์, 2558)

การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเกิดอาการผิวหนังมากที่สุด ร้อยละ 78.10 สอดคล้องกับการศึกษาของ Choovichian, Choovichian, & Nakakes (2010) และการศึกษาของ Boonsiri, Prompongsa, & Bunyaratavej (2015) ที่พบเหมือนกันว่า อาการผิวหนังเป็นความผิดปกติของผิวหนังที่ตรวจพบในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมากที่สุด ร้อยละ 100 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Thomas, Pawar, & Thomas (2012) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรับรู้การเกิดอาการผิวหนังมากที่สุดร้อยละ 66.7 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีการรับรู้ความถี่ของอาการผิวหนังมากที่สุด ( $\bar{X} \pm SD = 7.65 \pm 2.83$ ) ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Almutary, Bonner, & Douglas (2016) ที่พบว่า ความถี่ของอาการผิวหนังมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 (SD = 2.56) แต่เมื่อพิจารณาถึงความรุนแรงของอาการผิวหนัง พบว่า ความรุนแรงของอาการผิวหนังในงานวิจัยนี้ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.14 (SD = 2.80) ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ Almutary et al. (2016) ( $\bar{X} \pm SD = 2.74 \pm 1.91$ ) แสดงว่า ถึงแม้ว่าความถี่ของอาการผิวหนังจะมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกัน แต่ความรุนแรงมีค่าใกล้เคียงกัน ซึ่งความรุนแรงของอาการผิวหนังนั้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางผิวหนังที่แย่ลงของผู้ป่วย ( $r = 0.639, p < 0.0001$ ) ซึ่งคุณภาพชีวิตทางผิวหนังนั้นจะรวมถึงอาการคันด้วย (Boonsiri et al., 2015)

อาการคัน เป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความรุนแรงและความทุกข์ทรมานมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.04 (SD = 2.76) และ 4.75 (SD = 2.60) ตามลำดับ อาการคันเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น อาจเกิดจากภาวะ hyperparathyroidism ทำให้เกิดภาวะระดับแคลเซียมในเลือดสูง เกิดกระบวนการ calcium-phosphate precipitation ทำให้เกิดการตกผลึกแคลเซียมที่ผิวหนัง เกิดการกระตุ้น mast cell ให้มีการหลั่งสาร histamine กระตุ้นให้เกิดอาการคันได้ นอกจากนี้ อาจเกิดจากการสะสมยูเรียที่ผิวหนัง ทำให้ผิวหนังแห้งและแตกเป็นสะเก็ด ประกอบกับต่อมไขมันและต่อมเหงื่อลีบฝ่อลง ทำให้ไม่มีการขับเหงื่อออกมา ส่งผลให้กระตุ้นอาการคันได้ (Berger & Steinhoff, 2011; ธนิต จิรนนท์ธวัช และคณะ, 2542) จากการศึกษาของ Boonsiri et al. (2015) พบว่า ความ

รุนแรงของอาการคันมีผลทำให้คุณภาพชีวิตทางผิวหนังแย่ลง ( $r = 0.764, p < 0.0001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hricik (2003) ที่พบว่า อาการคันเป็นสาเหตุของความรู้สึกไม่สุขสบายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Wang & Yosipovitch (2010) ที่กล่าวว่า ความรุนแรงของอาการคันในระดับมากถึงมากที่สุดจะทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกิดอาการอื่นๆ ตามมา คือ รู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีแรง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี ภาวะซึมเศร้า และส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลงตามมา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Li et al. (2015) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานานจะมีความรุนแรงของอาการคันมาก ( $p < 0.001$ ) ทั้งยังระบุว่าอาการคันทำให้คุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนคุณภาพการนอนหลับประเมินจาก Pittsburgh Sleep Quality Index (PQSI) มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน) (odds ratio (OR) = 1.305,  $p = 0.001$ ) ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง (คะแนนภาวะซึมเศร้าประเมินจาก Beck Depression Inventory (BDI) มากกว่าหรือเท่ากับ 14) (OR = 1.429,  $p = 0.002$ )

การที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่า อาการคัน เป็นอาการที่มีความรุนแรงและความทุกข์ทรมานมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.04 (SD = 2.76) และ 4.75 (SD = 2.60) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Almutary et al. (2016) ที่พบว่า ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานของอาการคันมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.76 (SD = 3.21) และ 4.91 (SD = 3.39) ถึงแม้ว่าในการศึกษาคั้งนี้ อาการคันจะไม่ได้เป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเกิดอาการมากที่สุดเป็นอันดับแรกก็ตาม แต่เมื่อวิเคราะห์จำนวนร้อยละตามที่ Almutary et al. (2016) ได้ระบุไว้ว่า หากร้อยละของการเกิดอาการนั้นมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 50 แสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้การเกิดอาการนั้นมากที่สุด ดังนั้นอาการคันเป็นจึงเป็นอาการหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเกิดอาการมากที่สุด ร้อยละ 63.50 รองมาจากอาการผิวแห้ง ร้อยละ 78.10 และอาการรู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีแรง ร้อยละ 71.30 สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonsiri et al. (2015) ที่พบว่าอาการคันเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ร้อยละ 95.2 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Thomas et al. (2012) ที่พบว่า อาการคันเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ร้อยละ 43.4

## **วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษากลวิธีจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง**

ผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ลักษณะของกลวิธีจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัตินี้ประกอบด้วยวิธีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารและน้ำดื่มที่ควรปฏิบัติ การรับประทานอาหารและน้ำดื่มที่ควรหลีกเลี่ยง การจัดสิ่งแวดล้อม การออกกำลังกาย การดูแลผิวหนัง และการจัดท่า และส่วนหนึ่งยังเป็นวิธีที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ทางเลือก การเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลาย และการดูแลตนเองด้านจิตใจ รวมทั้งยังใช้วิธีทำตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ วิธีเหล่านี้มีประสิทธิผลอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีที่ไม่ควรปฏิบัติ คือ การงีบหลับตอนกลางวันและซื้อยามารับประทานหรือทาเอง ซึ่งเป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่ามีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ซึ่งอาการที่กลุ่มตัวอย่างจัดการด้วยการงีบหลับตอนกลางวัน คือ รู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีแรง และง่วงนอนตอนกลางวัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้อธิบายว่า การงีบหลับตอนกลางวันทำให้รู้สึกว่าตนเองได้รับการพักผ่อนและมีพลังมากขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น รู้สึกคล่องแคล่ว ว่องไว และสดชื่นมากขึ้น การงีบหลับตอนกลางวันมีพื้นฐานมาจากสามัญสำนึกหรือประสบการณ์ที่เคยมีมาในอดีต (Ream & Richardson, 1999; Ream et al., 2002 อ้างถึงในชลธิมา ปิ่นสกุล และชนกพร จิตปัญญา, 2558) แต่การงีบหลับตอนกลางวันก็ยังเป็นสิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ เพราะจะส่งผลทำให้นอนไม่หลับในตอนกลางคืน ทำให้ร่างกายไม่ได้ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรมได้ อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยต้องการงีบหลับตอนกลางวัน ผู้ป่วยควรมีการจำกัดเวลาในการงีบหลับให้อยู่ในช่วง 10-20 นาที เพราะการใช้เวลาในการงีบหลับ 10-20 นาที จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่น ตื่นตัว และมีพลังในการทำงาน ลดอาการเหนื่อยหรือไม่มีแรงได้ (Pinola, 2013) ส่วนการซื้อยามารับประทานหรือทาเองนั้น กลุ่มตัวอย่างใช้จัดการอาการคัน เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ และท้องเสีย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้อธิบายว่าอาการเหล่านี้เป็นอาการโดยทั่วไป รู้สึกว่าตนเองไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์ และเป็นพฤติกรรมที่เคยทำมาในอดีตแล้วพบว่าอาการนั้นดีขึ้นหรือหายไป จึงได้ปฏิบัติซ้ำเมื่อมีอาการเหล่านั้น แต่อย่างไรก็ตามการซื้อยามารับประทานหรือทาเองควรอยู่ในคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล

กลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเลือกปฏิบัติมากที่สุด 5 อันดับแรกและมีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากขึ้นไป คือ ใช้ยาตามแพทย์สั่ง (ร้อยละ 87.60) ( $\bar{X} \pm SD = 4.03 \pm 0.82$ ) นิ่งหรือนอนพักผ่อน (ร้อยละ 89.30) ( $\bar{X} \pm SD = 3.85 \pm 0.77$ ) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม (ร้อยละ 85.40) ( $\bar{X} \pm SD = 3.74 \pm 0.81$ ) หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 87.60) ( $\bar{X} \pm SD = 3.74 \pm 0.77$ ) รับประทานอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพ เช่น ไข่ขาว ปลา ไก่ เป็นต้น (ร้อยละ 87.60) ( $\bar{X} \pm SD = 3.71 \pm 0.69$ ) และ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวกหมักดอง (ร้อยละ 91.00) ( $\bar{X} \pm SD = 3.70 \pm 0.82$ ) สนับสนุนแนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) คือ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเลือกใช้กลวิธีการจัดการอาการในรูปแบบของการใช้ยาหรืออาศัยบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการดูแลตนเองตามความรู้ ประสบการณ์ หรือความเชื่อของแต่ละคน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้อาการนั้นบรรเทาลงหรือหายไป สามารถอธิบายได้ดังนี้

**ใช้ยาตามแพทย์สั่ง** อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาปรับสมดุลเกลือแร่และกรดต่าง (ร้อยละ 91.60) โดยเฉพาะยาควบคุมระดับฟอสเฟตและแคลเซียมในเลือด (ร้อยละ 75.30) เนื่องจากฟอสเฟตในเลือดจะถูกกำจัดออกทางไตเป็นหลัก เมื่อไตทำงานบกพร่องจะทำให้ฟอสเฟตในเลือดถูก

กำจัตน้อยลง ส่งผลให้เกิดภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง มีผลยับยั้งการสังเคราะห์ calcitriol ทำให้เกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำตามมา ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนพาราไทรอยด์เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้มีการเพิ่มระดับแคลเซียมในเลือดด้วยการดึงแคลเซียมออกจากกระดูก ทำให้มีฟอสเฟตเข้ามาในกระแสเลือดร่วมด้วย สิ่งเหล่านี้มีผลให้เกิดความผิดปกติของกระดูกที่เรียกว่า renal osteodystrophy และยังมีส่งผลต่อระบบอื่นๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะการสะสมของเกลือแคลเซียมในระบบหัวใจและหลอดเลือดและอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ทำให้เกิดอาการตามระบบต่างๆ ได้แก่ ระบบกระดูกและข้อ เกิดอาการปวดกระดูก ระบบกล้ามเนื้อ เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ เกิดอาการหายใจลำบาก เพราะปอดทำงานบกพร่อง รวมทั้งระบบหัวใจและหลอดเลือดที่มีกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวาโต หัวใจเต้นผิดจังหวะและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (สินธุ์วิสุทธิ สุทธิชัย และพัชราภรณ์ สุดชาฎา, 2555) ดังนั้นนอกจากกลุ่มตัวอย่างจะมีการใช้ยาตามแพทย์สั่งเพื่อจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังมีการใช้ยาตามแพทย์สั่งเพื่อจัดการกับสาเหตุที่อาจทำให้เกิดอาการต่างๆ เหล่านี้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา คู่เคียงบุญ (2551) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอาการชาวม ไอ หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ผู้ป่วยจะเลือกใช้ยาแผนปัจจุบันตามที่แพทย์สั่ง (เช่น การใช้ยาขับปัสสาวะ) เป็นประจำ ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างใช้ยาตามแพทย์สั่งอย่างเป็นประจำเมื่อมีอาการต่างๆ เกิดขึ้น เช่น ใช้ยาขับปัสสาวะ (ร้อยละ 59.00) ใช้ยารักษาอาการท้องผูก (ร้อยละ 30.90) ใช้ยารักษาอาการท้องอืดท้องเฟ้อ (ร้อยละ 24.20) เป็นต้น

**นั่งหรือนอนพักผ่อน** กลุ่มตัวอย่างระบุว่า การนั่งหรือนอนพักผ่อนเป็นการหยุดพักจากการทำกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะในขณะที่นั่งหรือนอนพักผ่อนแล้วหลับไป ทำให้เกิดความรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย และหลังจากที่พักผ่อนแล้วจะรู้สึกมีแรงหรือมีพลังที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ต่อไปได้มากขึ้น ซึ่งการนั่งหรือนอนพักผ่อนเป็นเทคนิคการผ่อนคลายที่มีประโยชน์ชนิดหนึ่งของการจัดการอาการแบบไม่ใช้ยา เพราะสามารถลดความเครียดที่มีผลต่อความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะอาการทางด้านจิตใจ เช่น ซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน รู้สึกกังวล เป็นต้น (Craven และ Hirnle, 2000; Bagheri Nesami, Mohammadi, และ Sadeghi, 2003; Shafipour, Jafari, และ Shafipour, 2008 อ้างถึงใน Heidari Gorji, Davanloo, และ Heidari Gorji, 2014) กลวิธีการจัดการอาการโดยนั่งหรือนอนพักผ่อนนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของดวงรัตน์ มนโรสง (2553) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่องจัดการกับอาการอ่อนล้าด้วยการพักผ่อนทั้งการนั่งหรือนอนพักผ่อน (ร้อยละ 96) เพราะเป็นกลวิธีที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองง่ายๆ ที่บ้าน สะดวก ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ ไม่เสียค่าใช้จ่าย และยังเป็นกลวิธีที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Heidari Gorji et al. (2014) ที่ศึกษาผลการใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีของ Benson (1970) ต่อการรับรู้ความเครียด ความรู้สึกกังวล และอาการปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีวิธีปฏิบัติ 6 ขั้นตอน คือ 1) นั่งหรือนอนในท่าที่ผ่อนคลาย 2) ปิดตาทั้งสองข้าง 3)

ผ่อนคลายร่างกายตั้งแต่เท้าจนถึงศีรษะ 4) หายใจเข้าทางจมูกและหายใจออกทางปากอย่างช้าๆ เป็นระยะเวลา 15 นาที พยายามรักษาร่างกายให้ผ่อนคลาย 5) ค่อยๆ ลืมตาอย่างช้าๆ และห้ามขยับร่างกาย และ 6) ไม่ให้กังวลเกี่ยวกับระดับความผ่อนคลายที่เกิดขึ้น ปล่อยร่างกายไปตามสบาย และไม่ให้สนใจสิ่งที่มาบกรวนในขณะนั้น โดยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม 6 ขั้นตอนดังกล่าวเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ให้ปฏิบัติทุกวันๆ ละ 2 ครั้ง (เช้า-เย็น) นานครั้งละ 15 นาที ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเครียด ความรู้สึกกังวล และอาการปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งก่อนและหลังได้รับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีของ Benson (1970) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

**หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวกหมักดอง** ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเมื่อมีอาการบวม จะปรุงอาหารรับประทานเอง โดยใช้เกลือไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวันหรือน้ำปลาไม่เกิน 2 ช้อนโต๊ะต่อวัน รวมทั้งหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวกหมักดองหรืออาหารที่ผ่านการถนอมอาหาร เช่น หมูยอ ขนมจีน ไส้กรอก อาหารแห้ง กุญเชียง เต้าหู้ยี้ ผลไม้แช่อิ่ม ไข่เค็ม ปลาจ๋า ปลาแดดเดียว ปลาต้ม ปลากระป๋อง เป็นต้น เพราะมีเกลือเป็นส่วนประกอบ (กัลยา บุญจันทร์, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของ Krikken, Laverman, & Navis (2009) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการจำกัดการรับประทานเกลือโซเดียม 50-85 mmol/24 ชั่วโมง สามารถลดระดับความดันโลหิตสูงและระดับโปรตีนในปัสสาวะได้ ซึ่งหากผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูง จะทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ มักเกิดในช่วงเวลาเช้าและปวดบริเวณท้ายทอย อาการอื่นๆ ที่ไม่จำเพาะเจาะจง เช่น มึนงง ใจสั่น อ่อนเพลีย และอาจมีสมรรถภาพทางเพศลดลงได้ (ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2557) และหากผู้ป่วยมีระดับโปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) จะทำให้เกิดอาการบวมทั่วตัว (generalized edema) หรือบวมรายอาจมีน้ำในช่องปอดหรือน้ำท่วมปอด อาจมาด้วยอาการไอและหอบเหนื่อยได้ (เนาวนิตย์ นานา, 2557) การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวกหมักดองนี้สอดคล้องกับคำแนะนำของชนิดา โพธิ์ติการ และบรรลือศักดิ์ อาชวานันทกุล (2556) ที่กล่าวว่า อาหารที่ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องควรหลีกเลี่ยง คือ อาหารเค็มหรืออาหารที่ใช้ผงชูรส อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง และอาหารสำเร็จรูป เพราะอาหารที่มีรสเค็มและอาหารจำพวกหมักดองมีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ ซึ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องควรหลีกเลี่ยงการรับประทานเกลือโซเดียม เนื่องจากไตสูญเสียความสามารถในการขับเกลือ การรับประทานเกลือเกินกว่าที่ไตจะสามารถกำจัดทิ้งได้ จะก่อให้เกิดการคั่งของเกลือ ทำให้เกิดการบวมและความดันโลหิตสูง ในรายที่รุนแรงอาจมีภาวะน้ำท่วมปอดและหัวใจวายในที่สุด โดยปริมาณโซเดียมที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องควรได้รับต่อวันเท่ากับ 1,840-2,800 มิลลิกรัม (อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์, 2551) ซึ่งควรจำกัด

อาหารที่มีโซเดียมสูงประเภทเครื่องปรุง เช่น เกลือ 1 ช้อนชา (โซเดียม 2,000 มิลลิกรัม) น้ำปลา 1 ช้อนชา (โซเดียม 500 มิลลิกรัม) ผงปรุงรสหรือผงชูรส 1 ช้อนชา (โซเดียม 500 มิลลิกรัม) เป็นต้น (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) นอกจากนี้อาหารจำพวกหมักดองบางชนิดยังมีฟอสเฟตเป็นส่วนประกอบ เช่น สัตว์น้ำและผลิตภัณฑ์สัตว์น้ำรมควัน หมักดอง ผลไม้หมักดอง เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) หากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องรับประทานอาหารที่มีฟอสเฟตเป็นส่วนประกอบในปริมาณมาก จะทำให้ผนังลำไส้ดูดซึมฟอสเฟตเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ระดับฟอสเฟตในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งไตไม่สามารถกำจัดฟอสเฟตออกได้หมด ทำให้เกิดการกระตุ้นต่อมพาราไทรอยด์ให้สร้างฮอร์โมนพาราไทรอยด์เพิ่มขึ้น เพื่อรักษาสมดุลของฟอสเฟตและแคลเซียม จึงทำให้เกิดการดึงแคลเซียมออกมาจากกระดูกมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการคันตามผิวหนัง กระดูกบางและเปราะ หลอดเลือดแดงแข็ง และมีก้อนแคลเซียมเกาะตามเนื้อเยื่อต่างๆ ทำให้มีแผลเรื้อรังได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรมีการควบคุมปริมาณของฟอสเฟตในอาหารร่วมกับการรับประทานยาจับฟอสเฟต (phosphate binders) (อุปลักษณ์ ศุภสินธุ์, 2551) สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ได้รับคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่มีฟอสเฟตต่ำร่วมกับได้รับยาจับฟอสเฟต (ร้อยละ 70.80) โดยปริมาณฟอสเฟตที่ควรได้รับต่อวัน คือ ไม่เกิน 17 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อวัน หรือระหว่าง 800-1,000 มิลลิกรัมต่อวัน (NKF, 2003) ซึ่งการรับประทานอาหารที่มีฟอสเฟตต่ำควรมีการให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะขาดสารอาหารประเภทโปรตีน เนื่องจากอาหารที่มีโปรตีนมักจะมีฟอสเฟตสูงด้วย ดังนั้นจึงต้องอาศัยการรับประทานยาจับฟอสเฟตร่วมด้วย เพื่อช่วยลดการดูดซึมของฟอสเฟตจากลำไส้ ยับยั้งการหลั่งพาราไทรอยด์ฮอร์โมน และช่วยเพิ่มระดับวิตามินดี (บัวหลั่น หินแก้ว, 2557)

**รับประทานอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพ** เพราะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเมื่อมีอาการบวมจะจัดการอาการด้วยการรับประทานอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพเพิ่มจากเดิม เช่น เนื้อปลา ไช้ขาว เป็นต้น (กัลยา บุญจันทร์, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของกรวรรณ ปานแพ และคณะ (2011) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเมื่อมีอาการเบื่ออาหารจะจัดการอาการด้วยการบริโภคอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพ เช่น ไช้ขาว ปลา ไข่ เพราะเป็นอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมสำหรับโรคไตที่ตนเองเป็นอยู่ ถ้าในช่วงเวลาที่ตนเองรู้สึกเบื่ออาหารจะพยายามรับประทานไช้ขาวและปลา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะโปรตีนในเลือดต่ำ สิ่งนี้ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของรวีวรรณ รัตนเรือง, วรรณภา ประไพพานิช, พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์, และสุขฤทัย เลขยานนท์ (2014) ที่ทำการศึกษาผลของการบริโภคอาหารเน้นโปรตีนในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน



การรับรู้พฤติกรรมในการบริโภคอาหารเน้นโปรตีน และภาวะโภชนาการด้านโปรตีน ได้แก่ ค่าอัลบูมิน และอัตราการสลายโปรตีน พบว่า หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเน้นโปรตีน และภาวะโภชนาการด้านโปรตีนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สิ่งเหล่านี้จะทำให้อาการเบื่ออาหาร การเจ็บป่วยซ้ำซ้อน ภาวะซีด ภาวะยูริเมีย และภาวะขาดสารอาหารลดลงได้ และอาจทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไปได้ โดยโปรตีนเป็นสารอาหารชนิดหนึ่งซึ่งช่วยในการเสริมสร้างและซ่อมแซมส่วนต่างๆ ของร่างกาย ช่วยให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต้านเชื้อโรค เมื่อรับประทานโปรตีนเข้าไปในร่างกายจะทำการย่อยโปรตีนเป็นกรดอะมิโนและไนโตรเจน ซึ่งกรดอะมิโนเป็นส่วนที่ร่างกายจะนำไปใช้ประโยชน์และไนโตรเจนเป็นของเสียที่ร่างกายต้องการขับออก (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีความต้องการโปรตีนสูงกว่าคนปกติ เพราะมีการสูญเสียกรดอะมิโน เปปไทด์ และโปรตีนออกไปมากในระหว่างการล้างไตทางช่องท้อง ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับโปรตีนในปริมาณ 1.2-1.3 กิโลกรัมต่อน้ำหนักตัวเป็น กิโลกรัมต่อวัน และหากมีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำมากร่วมด้วย ควรได้รับโปรตีนในปริมาณสูงถึง 1.4-1.5 กิโลกรัมต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อวัน และร้อยละ 50 ของโปรตีนที่ควรได้รับควรเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพสูง (high biological value: HBV) (อุปลักษณ์ ศุภสินธุ์, 2551) ซึ่งโปรตีนที่มีคุณภาพสูง หมายถึง อาหารโปรตีนที่มีกรดอะมิโนจำเป็นครบถ้วนทั้ง 9 ชนิด คือ Histidine, Valine, Leucine, Isoleucine, Lysine, Threonine, Methionine, Tryptophan, และ Phenylalanine ซึ่งพบได้ในเนื้อสัตว์ ไข่ขาว นม (วลัย อินทร์พรชัย, 2540; จันจิรา ประภาภรณ์ และอุปลักษณ์ ศุภสินธุ์, 2559) แต่นมมีฟอสเฟตมาก จึงอาจแนะนำให้ผู้ป่วยงดโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับฟอสเฟตในเลือดสูง (ชนิดา บัณฑิตการ และคณะ, 2551) หากผู้ป่วยขาดกรดอะมิโนจำเป็นแล้วอาจจะทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร และอ่อนเพลียได้ (พรรณบุปผา ชูวิเชียร, 2540)

**หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์** เพราะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเมื่อมีอาการบวมจะจัดการอาการด้วยการงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้าขาว ยาตองเหล้า สาโท กระแช่ เบียร์ เป็นต้น (กัลยา บุญจันทร์, 2558) สอดคล้องกับคำแนะนำของ The Australian Kidney Foundation (2015) ที่แนะนำว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอาการขากระตุกหรือขาอยู่ไม่สุข (restless leg syndrome) อ่อนล้า และนอนไม่หลับ ควรจัดการอาการด้วยการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะจากการศึกษาของ White et al. (2009) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กรัมต่อวัน ทุกวันเป็นระยะเวลา 5 ปี พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กรัมต่อวัน ทุกวันเป็นระยะเวลา 5 ปี มีผลทำให้เกิดระดับอัลบูมินในปัสสาวะเพิ่มขึ้น (OR = 1.59, 95% CI 1.07-2.36) ซึ่งการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นเวลานานจะเกิดการทำลายตับ ทำให้เกิดแผลและการอักเสบเป็นพังพืดใน

ดับ ทำให้เลือดที่ไหลผ่านตับทางหลอดเลือดดำไหลไม่สะดวก เกิดภาวะความดันสูงในหลอดเลือดดำของตับ กระตุ้นการสร้างสารเคมีที่ขยายหลอดเลือดมากเกินไป ทำให้เส้นเลือดที่ไหลผ่านตับขยายตัว ปริมาณเลือดในหลอดเลือดแดงลดลง จึงไปกระตุ้นระบบประสาททำให้มีการทำงานของระบบ renin-angiotensin และ aldosterone ส่งผลทำให้หลอดเลือดหดตัวและเพิ่มการดูดซึมโซเดียมและน้ำกลับที่ท่อไต ทำให้มีปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำเกินและความดันโลหิตสูง (สุรชัย อมรสวัสดิ์วัฒนา และรังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร, 2552 อ้างใน ชัชวาล วงศ์สารี, 2558)

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม 11 ตัวแปร คือ เพศ อายุ โรคร่วม ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง ระดับฮีโมโกลบิน ระดับบิยูเอีน ระดับครีเอตินิน ระดับอัลบูมิน ระดับแคลเซียม ระดับฟอสเฟต และระดับความพอเพียงของการล้างไต**

การศึกษารุ่นนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยเพียงบางส่วน ซึ่งพบว่า ประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีความแตกต่างกัน เมื่อจำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ และระดับอัลบูมินที่แตกต่างกัน ส่วนประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อจำแนกตามตัวแปร โรคร่วม ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง ระดับฮีโมโกลบิน ระดับบิยูเอีน ระดับครีเอตินิน ระดับแคลเซียม ระดับฟอสเฟต และระดับความพอเพียงของการล้างไตที่แตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ดังนี้

**เพศ** กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ซึ่งความแตกต่างในการรับรู้อาการทางด้านร่างกายระหว่างเพศหญิงและเพศชายอาจเกิดจาก 3 สาเหตุ คือ 1) ความแตกต่างทางชีววิทยาของร่างกาย 2) การประเมินอาการ และ 3) การเข้าสังคมและบทบาททางสังคม (Barsky, Peekna, & Borus, 2001) สามารถอธิบายทั้ง 3 สาเหตุดังนี้ 1) ความแตกต่างทางชีววิทยาของร่างกาย ยกตัวอย่างเช่น การรับรู้อาการปวดที่แตกต่างกันในเพศหญิงและเพศชายขึ้นอยู่กับความรู้สึกรับรู้ต่ออาการปวด (nociception) และการตอบสนองต่ออาการปวดแบบอัตโนมัติและทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกัน โดยการรับรู้และการยับยั้งอาการปวดอาจขึ้นอยู่กับทำหน้าที่ของสารสื่อประสาทชนิดหนึ่งที่เรียกว่า gamma aminobutyric acid (GABA) ซึ่งการทำหน้าที่ของ GABA จะขึ้นอยู่กับระดับฮอร์โมน estrogen และ progesterone ในร่างกาย (Barth, Villringer, & Sacher, 2015) นอกจากนี้ฮอร์โมน estrogen และฮอร์โมนเพศชนิดอื่นๆ มีผลลดกระบวนการสร้าง opioid ที่เกิดขึ้นเองในร่างกาย (endogenous opioid system) ทำให้มีระดับ opioid ที่ใช้ในการลดอาการปวดน้อยลง ดังนั้นในเพศหญิงจึงมีการรับรู้อาการปวดมากกว่าเพศชายได้ (Barsky et al., 2001) 2) การประเมินอาการ โดยทั่วไปแล้วเพศหญิงจะมีการตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มีการย้อนคิดเกี่ยวกับอาการที่เคยเกิดขึ้น

ในอดีต และมีการใช้สิ่งกระตุ้นภายนอก (เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลอื่นๆ) ในการประเมิน การรับรู้อาการทางด้านร่างกายมากกว่าเพศชาย (Barsky et al., 2001) และ 3) การเข้าสังคมและ บทบาททางสังคม อธิบายได้ว่าในสังคม เพศชายจะได้รับการสอนให้ไม่แสดงออกเมื่อมีการเจ็บป่วย หรือความไม่สุขสบายเกิดขึ้น แต่จะต้องอดกลั้นต่อสิ่งเหล่านั้น ไม่สะทกสะท้านไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น (stiff upper lip) ไม่ร้องไห้ หรือทำตัวเหมือนเป็นเด็ก ให้เพิกเฉยต่ออาการเจ็บปวดหรือความทุกข์ ทรมานจากอาการใดๆ ในทางกลับกันหากเพศหญิงแสดงออกถึงลักษณะดังกล่าว สังคมจะให้การ ยอมรับมากกว่าเพศชาย (Barsky et al., 2001) สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุผลที่สามารถอธิบายเกี่ยวกับเพศ หญิงที่มีการรับรู้ภาวะอาการมากกว่าเพศชายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Almutary et al. (2016) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไต (การล้างไตทาง ช่องท้องแบบต่อเนื่องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) เพศหญิงมีการรับรู้ภาวะอาการมากกว่า เพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และการศึกษาของ Brown et al. (2017) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพศหญิงมีการรับรู้ภาวะอาการมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.01$ ) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Weisbord et al. (2005) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ สุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพศหญิงมีการรับรู้ความทุกข์ทรมานของอาการ ทางด้านร่างกายและจิตใจมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .01$ ) และมีการรับรู้ความ ทุกข์ทรมานของอาการตะคริวมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .01$ ) และจาก การศึกษาของ Yu, Huang, & Tsai (2012) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอก เลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพศหญิงมีการรับรู้ความรุนแรงของ 4 กลุ่มอาการ (กลุ่มอาการที่ 1 ประกอบด้วยอาการเหนื่อยล้า ปากแห้ง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และไม่มีแรง กลุ่มอาการที่ 2 ประกอบด้วยอาการแน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ และอาเจียน กลุ่มอาการที่ 3 ประกอบด้วย อาการปวดศีรษะ บ้านหมุน หายใจหอบเหนื่อย และหายใจไม่อิ่ม และกลุ่มอาการที่ 4 ประกอบด้วย อาการปวดข้อ หัวใจเต้นผิดปกติ ขากระตุก และตะคริว) มากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ,  $p = .02$ ,  $p = .03$ , และ  $p < .01$  ตามลำดับ)

**อายุ** กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 20-24 ปี มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติสูงกว่า ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี และอายุระหว่าง 25-34 ปี ( $F = 3.911$ ,  $p = .022$ ) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $p < .05$ ) เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในระยะปรับตัวต่อการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ทำให้มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุมาก (Gerogianni et al., 2014) และมีการประเมินการรับรู้อาการผ่านทางความคิดเกี่ยวกับอาการหรือความเจ็บป่วยที่มีสาเหตุมาจาก ความเครียดว่าสิ่งเหล่านี้กำลังคุกคามต่อชีวิตของตนเองมากกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีอายุมาก (Laudanski, Nowak, & Niemczyk, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gerogianni et al. (2014) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่

ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไตที่มีอายุน้อยมีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทางด้านจิตใจ การจำกัด การเข้าถึงสังคม และความยากที่จะยอมรับอาการเจ็บป่วยเหล่านั้นได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Laudanski, Nowak, & Niemczyk (2013) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอก เลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีอายุน้อย (อายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.7 ปี, SD = 7.26) มีการรับรู้อาการนอนไม่ หลับและอาการทางด้านจิตใจมากกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียมที่มีอายุมาก (อายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.3 ปี, SD = 4.64) สอดคล้องกับการศึกษาของ Brown et al. (2017) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งตั้งแต่ระยะที่ 1 ถึง ระยะที่ 5 ที่มีอายุน้อย มีการรับรู้ความ ทุกข์ทรมานของอาการไม่มีสมาธิและรายงานว่า เป็นอาการที่ทำให้รบกวนการทำงานกิจวัตรประจำวันเป็น อย่างมาก นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มี อายุขัยน้อยและมีโรคหัวใจและหลอดเลือด (เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ) เป็นโรคร่วมจะมีอัตรา การเจ็บป่วยและอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น (Kumar, Bogle, & Banerjee, 2014)

**ระดับอัลบูมิน** กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับอัลบูมินต่างกันมีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับอัลบูมินต่ำ (น้อยกว่า 3.50 mg/dl) มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับอัลบูมินปกติ (มากกว่าหรือเท่ากับ 3.50 mg/dl) อาจเป็นเพราะอัลบูมินเป็นโปรตีนในเลือดชนิดหนึ่งที่พบมากที่สุด ในร่างกายเกิดจากการสังเคราะห์ขึ้นที่ตับ ทำหน้าที่เป็นตัวควบคุมแรงในการดันน้ำไว้ภายในหลอดเลือด (oncotic pressure) ซึ่งเป็นแรงที่ทำหน้าที่ควบคุมปริมาตรการไหลเวียนของเลือดภายใน หลอดเลือด (intravascular circulatory volume) และอัลบูมินยังเป็นตัวบ่งบอกถึงภาวะของการ ขาดสารอาหารมากที่สุดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพราะในขณะที่ไตทำงานบกพร่องผู้ป่วยจะเกิดภาวะยูรีเมียทำให้เกิดอาการเบื่ออาหารและรับประทานอาหารได้น้อยลง จึงเกิดภาวะทุพโภชนาการ และมีการจำกัดอาหารประเภทโปรตีนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการ สังเคราะห์อัลบูมินลดลง และทำให้ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำลงได้ อีกทั้งการรักษาด้วยการบำบัด ทดแทนไตยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำได้ เช่น ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องจะสูญเสียอัลบูมินในขณะที่มีการแลกเปลี่ยนสารน้ำทางผนัง หน้าท้อง หรือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะสูญเสียอัลบู มินผ่านทาง hemodialyzer membrane (Haller, 2005) นอกจากนี้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ สุดท้ายจะมีการทำงานของไตบกพร่อง ทำให้ไตไม่สามารถดูดซึมอัลบูมินเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดได้ ตามปกติ ส่งผลให้อัลบูมินรั่วออกมาทางปัสสาวะมากผิดปกติเกิดภาวะโปรตีนรั่วทางปัสสาวะ (proteinuria) และเกิดภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ (hypoalbuminemia) เมื่อมีภาวะอัลบูมินในเลือด ต่ำ จะทำให้แรงดัน oncotic ต่ำลงและทำให้สารน้ำไหลออกจากหลอดเลือดทำให้เกิดอาการบวมได้ หรือหากมีปริมาณอัลบูมินในเลือดต่ำลงมากจนทำให้ไม่เหลือปริมาณของอัลบูมินภายในช่องว่าง

ระหว่างเซลล์ กรณีนี้จะไม่มีแรงดัน oncotic ของสารน้ำระหว่างเซลล์ ทำให้มีเพียงแรงผลึกสารน้ำออกจากหลอดเลือดฝอย (hydrostatic pressure) ทำให้เกิดอาการบวมได้ หรืออีกกรณีหนึ่ง คือ เมื่ออัลบูมินในเลือดลดลงอย่างรวดเร็ว ปริมาณอัลบูมินภายในช่องว่างระหว่างเซลล์ยังปรับตัวลดลงตามไม่ทัน จะทำให้เกิดความแตกต่างของแรงดัน oncotic เกิดขึ้น และเกิดอาการบวมได้ (กำธร สีสามะลี, 2554) การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสว่างวรรณ พิทยนฤมาน (2552) ที่ทำการศึกษาระยะโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยประเมินจากระดับอัลบูมินเปรียบเทียบกับ การรับรู้อาการในมิติความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะโภชนาการในระดับต่างกันมีการรับรู้อาการในแต่ละมิติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) โดยผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องโภชนาการปานกลาง (ระดับอัลบูมินเท่ากับ 2.1-2.7 mg/dl) มีการรับรู้ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานของอาการสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องโภชนาการเล็กน้อย (ระดับอัลบูมินเท่ากับ 2.8-3.5 mg/dl) และภาวะโภชนาการปกติ (ระดับอัลบูมินมากกว่า 3.5 mg/dl) ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 4.65, p = .01$  และ  $F = 4.29, p = .02$  ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องโภชนาการปานกลาง (ระดับอัลบูมินเท่ากับ 2.1-2.7 mg/dl) มีการรับรู้ความถี่ของอาการสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการปกติ (ระดับอัลบูมินมากกว่า 3.5 mg/dl) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 3.07, p = .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Thong et al. (2009) ที่ทำการศึกษาดัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไตทั้งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ระดับอัลบูมินมีความสัมพันธ์ทางลบกับ 3 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการที่ 1 ประกอบด้วย อาการหายใจลำบาก อาการเวียนศีรษะ และอาการเบื่ออาหาร กลุ่มอาการที่ 2 ประกอบด้วย อาการปวดกล้ามเนื้อ อาการเจ็บหน้าอก อาการตะคริว และอาการเหน็บชา และกลุ่มอาการที่ 3 ประกอบด้วยอาการผิวหนังแห้ง และอาการคัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.232, p < 0.001; r = -0.084, p < 0.05; r = -0.121, p < 0.05$ , ตามลำดับ)

**โรคร่วม** กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนโรคต่างกัน คือ 1 โรค, 2 โรค, และมากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะลักษณะอาการของโรคร่วม และอาการจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องบางอาการมีความคล้ายคลึงกัน จึงทำให้จำนวนโรคร่วมในแต่ละกลุ่มมีลักษณะเช่นเดียวกันได้ ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Amro et al. (2014) ที่พบว่า จำนวนโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้กลุ่มอาการทางผิวหนัง (อาการผิวหนังแห้งและอาการคัน) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไตทั้งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ( $r = 0.072, p > 0.05$ ) และการศึกษาของ Almutary et al. (2016) ที่พบว่า จำนวนโรคร่วม 1-2 โรค และจำนวนโรคร่วมมากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค ไม่สามารถทำนายการรับรู้ภาวะอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่

ได้รับการบำบัดทดแทนน้ำตาลที่ไตทั้งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ ( $\beta = 0.05$ ,  $\beta = 0.02$ , ตามลำดับ  $p > 0.05$ ) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Caravaca, Gonzales, Bayo, & Luna (2016) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีจำนวนโรคร่วมแตกต่างกัน มีการรับรู้อาการปวดกระดูกและข้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.000$ ) ถึงแม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีจำนวนโรคร่วมแตกต่างกัน มีการรับรู้ภาวะอาการไม่แตกต่างกันก็ตาม แต่พยาบาลหรือทีมสุขภาพควรให้การตระหนักถึงโรคร่วมที่อาจจะมีผลต่อการรับรู้อาการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วย สำหรับผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า โรคร่วมที่พบมากที่สุดในการป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 88.80) เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งพบว่า โรคร่วมเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ เจ็บแน่นหน้าอก เป็นตะคริว และชาบริเวณแขนขา ( $r=0.217$ ,  $p<.001$ ) ทั้งนี้โรคร่วมยังส่งผลโดยตรงต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยด้วย จากการศึกษาของ Mittal et al. (2001) พบว่า ความรุนแรงของโรคร่วม เช่น โรคหัวใจและโรคปอดจะมีผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีโรคเบาหวานร่วมจะเป็นตัวบ่งชี้ของการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่สำหรับผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า โรคร่วมที่พบมากที่สุดในการป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 88.80) เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งพบว่า โรคร่วมเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ เจ็บแน่นหน้าอก เป็นตะคริว และชาบริเวณแขนขา ( $r=0.217$ ,  $p<.001$ ) ทั้งนี้โรคร่วมยังส่งผลโดยตรงต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยด้วย จากการศึกษาของ Mittal et al. (2001) พบว่า ความรุนแรงของโรคร่วม เช่น โรคหัวใจและโรคปอดจะมีผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีโรคเบาหวานร่วมจะเป็นตัวบ่งชี้ของการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่

**ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง** กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้องต่างกัน คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 52 สัปดาห์, 53-260 สัปดาห์, และ 261-520 สัปดาห์ มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและผลลัพธ์จากการรักษาที่ผันผวนอยู่ตลอดเวลาในช่วง 0-10 ปีแรกหลังจากได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 8 เดือนแรกหลังจากได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความผันผวนของการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมการรักษาและการควบคุมตนเองในด้านการเจ็บป่วยมากที่สุด (Jansen et al., 2013) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้มีระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้องอยู่ในช่วงน้อยกว่า 52 สัปดาห์ ถึง 520 สัปดาห์ ซึ่งอยู่ในช่วงน้อยกว่า 1 ปี ถึง 10 ปี อย่างไรก็ตามการเจ็บป่วยและการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาที่

ยาวนานขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้การเจ็บป่วยมากขึ้น มีความคุ้นเคยกับแบบแผนการรักษา ทำให้มีประสบการณ์สามารถวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างรอบคอบ มองหาวิธีการจัดการกับอาการต่างๆ ได้มากขึ้น (กุลธิดา พานิชกุล, 2536) การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu (2006) ที่พบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในประเทศไทย ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้อาการอ่อนเพลีย ( $r = -0.01, p > 0.05$ ) และการศึกษาของ O'Sullivan & McCarthy (2007) ที่พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้อาการอ่อนเพลีย ( $r = 0.174, p = 0.132$ ) รวมทั้งการศึกษาของ Yu et al. (2012) ที่พบว่า ระยะเวลาในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการ 2 กลุ่มในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือ 1) กลุ่มอาการอ่อนเพลีย ปากแห้ง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และไม่มีแรง และ 2) กลุ่มอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หายใจหอบเหนื่อย และหายใจไม่อิ่ม ( $r = 0.01, p = 0.97; r = 0.01, p = 0.97$  ตามลำดับ) แต่ยังพบว่าระยะเวลาในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการ 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มอาการแน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ และอาเจียน และ 2) กลุ่มอาการปวดข้อ หัวใจเต้นผิดปกติ ขากระตุก และตะคริว ( $r = 0.20, p < 0.05; r = 0.35, p < 0.01$  ตามลำดับ)

**ระดับฮีโมโกลบิน** กลุ่มตัวอย่างเพศชายที่มีระดับฮีโมโกลบินต่างกัน คือ ระดับฮีโมโกลบินต่ำ (น้อยกว่า 13.00 g/dl) และระดับฮีโมโกลบินปกติ (มากกว่าหรือเท่ากับ 13.00 g/dl) มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่มีระดับฮีโมโกลบินต่างกัน คือ ระดับฮีโมโกลบินต่ำ (น้อยกว่า 12.00 g/dl) และระดับฮีโมโกลบินปกติ (มากกว่าหรือเท่ากับ 12.00 g/dl) มีการรับรู้ภาวะอาการไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะการรักษาในปัจจุบันได้มีการนำยาฉีดที่มีฮอร์โมน erythropoietin มาใช้ในการรักษา เพราะทำให้ผู้ป่วยมีระดับฮอร์โมน erythropoietin เพิ่มขึ้น ส่วนการนำยาเสริมกรดโฟลิก เช่น folic acid ยาเสริมธาตุเหล็ก เช่น  $\text{Feso}_4$  หรือยาเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก เช่น FBC มาใช้เพื่อทดแทนเหล็กและโฟเลตในการสร้างเม็ดเลือดแดง ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงเพิ่มมาก การไหลเวียนเลือดดีขึ้น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะการทำหน้าที่ดีขึ้น ทำให้การรับรู้อาการต่างๆ ลดลง และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (สว่างวรรณ พิทยานฤมาน, 2552) การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu (2006) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในประเทศไทยที่มีระดับฮีโมโกลบินที่แตกต่างกันมีการรับรู้อาการเหนื่อยล้าไม่แตกต่างกัน ( $p > 0.05$ ) และการศึกษาของ Thong et al. (2009) ที่พบว่า ระดับฮีโมโกลบิน ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้กลุ่มอาการ 2 กลุ่มในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง คือ 1) กลุ่มอาการหายใจเหนื่อย เวียนศีรษะ ความอยากอาหารลดลง และ

คลื่นไส้ ( $r = -0.071, p > 0.05$ ) และ 2) กลุ่มอาการคันและผิวแห้ง ( $r = -0.071, p > 0.05$ ) รวมทั้งการศึกษาของ Yu et al. (2012) ที่พบว่า ระดับฮีโมโกลบินไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการ 3 กลุ่มในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือ 1) กลุ่มอาการแน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ และอาเจียน 2) กลุ่มอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หายใจหอบเหนื่อย และหายใจไม่อิ่ม และ 3) กลุ่มอาการปวดข้อ หัวใจเต้นผิดปกติ ขากระดูก และตะคริว ( $r = -0.12, p = 0.20; r = -0.15, p = 0.12; r = 0.11, p = 0.27$ , ตามลำดับ) แต่ยังคงพบว่าระดับฮีโมโกลบินมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการ 1 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการอ่อนเพลีย ปากแห้ง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และไม่มีแรง ( $r = -0.20, p < 0.05$ ) ถึงแม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีระดับฮีโมโกลบินแตกต่างกัน มีการรับรู้ภาวะอาการไม่แตกต่างกันก็ตาม แต่พยาบาลหรือทีมสุขภาพควรให้การตระหนักถึงผู้ป่วยที่มีระดับฮีโมโกลบินต่ำ ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงภาวะโลหิตจางได้ โดยมีสาเหตุมาจากไตทำหน้าที่ในการสร้างฮอร์โมน erythropoietin ลดลง เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นกว่าคนปกติ การขาดธาตุเหล็กจากการรับประทานอาหารลดลงทำให้การดูดซึมทางลำไส้ลดลง เกิดภาวะขาดสารอาหาร การติดเชื้อและการอักเสบ หรือมีการขาดสารโฟเลต สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่ออาการต่างๆ ได้ (ไตรรัักษ์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543)

**ระดับบิยูเอิน** กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับบิยูเอินในเลือดต่างกัน คือ ระดับบิยูเอินในเลือดต่ำ (น้อยกว่า 40 mg/dl), ระดับบิยูเอินในเลือดปกติ (เท่ากับ 40-100 mg/dl), และระดับบิยูเอินในเลือดสูง (มากกว่า 100 mg/dl) มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะระดับบิยูเอินไม่ได้มีทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการ 4 กลุ่มคือ 1) กลุ่มอาการอ่อนเพลีย ปากแห้ง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และไม่มีแรง 2) กลุ่มอาการแน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ และอาเจียน 3) กลุ่มอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หายใจหอบเหนื่อย และหายใจไม่อิ่ม และ 4) กลุ่มอาการปวดข้อ หัวใจเต้นผิดปกติ ขากระดูก และตะคริว (Yu et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mao, Shen, Huang, & Zhang (2014) ที่ทำการสังเคราะห์งานวิจัยโดยใช้การวิเคราะห์อภิมาน (a meta-analysis) เกี่ยวกับกลุ่มอาการขอยุ่ไม่สุขในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไตทั้งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับบิยูเอินที่แตกต่างกัน มีการรับรู้กลุ่มอาการขอยุ่ไม่สุขไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีระดับบิยูเอินแตกต่างกัน มีการรับรู้ภาวะอาการไม่แตกต่างกันก็ตาม แต่พยาบาลหรือทีมสุขภาพควรให้การตระหนักถึงผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระดับบิยูเอินในเลือด เพราะระดับบิยูเอินเป็นระดับปริมาณของยูเรียและไนโตรเจนในกระแสเลือด ซึ่งเกิดจากการย่อยสลายอาหารประเภทโปรตีนที่ตับและไตของเสียสุดท้ายออกมาเป็นสารยูเรียและไนโตรเจน ซึ่งสารทั้ง 2 ชนิดนี้จะต้องถูกขับออกจาก



ร่างกายโดยการส่งไปตามกระแสเลือดแล้วถูกกรองและกำจัดผ่านทางไต เพื่อขับออกไปในปัสสาวะ หากไตเสียหายที่จะทำให้ไม่สามารถกรองสารยูเรียและไนโตรเจนออกได้หมด ทำให้สารทั้ง 2 ชนิดนี้ ตกค้างอยู่ในกระแสเลือด ทำให้ระดับปียูเรียมสูงขึ้นในเลือด (วิรุพห์ จิรภูฎิติกาล, 2550) ผู้ป่วยจะเกิดอาการต่างๆ ได้แก่ 1) อาการคลื่นไส้ อาเจียน เกิดจากระบบทางเดินอาหารถูกกระตุ้นจากสารยูเรีย และไนโตรเจน ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนได้ 2) อาการคัน เกิดจากผิวหนังและต่อมไขมันถูกกระตุ้นจากสารยูเรียและไนโตรเจน ทำให้ต่อมเหงื่อฝอลง ส่งผลให้ผิวหนังแห้งและเกิดอาการคันได้ 3) อาการอ่อนเพลีย เกิดจากเมื่อไตทำงานผิดปกติทำให้สารยูเรียและไนโตรเจนคั่งในกระแสเลือดร่วมกับผู้ป่วยมีภาวะซีด เพราะไตสร้างเม็ดเลือดแดงในน้อยกว่าปกติ ส่งผลให้เกิดอาการอ่อนเพลียได้ และ 4) ปัสสาวะเป็นฟอง เกิดจากเมื่อไตทำงานผิดปกติทำให้โปรตีนถูกขับออกมาทางปัสสาวะมากขึ้น ส่งผลให้ปัสสาวะเป็นฟองได้ (Kidney-Treatment, 2013b)

**ระดับครีเอตินิน** กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับครีเอตินินในเลือดต่างกัน คือ ระดับครีเอตินินในเลือดต่ำ (น้อยกว่า 5 mg/dl), ระดับครีเอตินินในเลือดปกติ (เท่ากับ 5-15 mg/dl), และระดับครีเอตินินในเลือดสูง (มากกว่า 15 mg/dl) มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะระดับครีเอตินินไม่ได้มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการ 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มอาการอ่อนเพลีย ปากแห้ง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และไม่มีแรง 2) กลุ่มอาการแน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ และอาเจียน 3) กลุ่มอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หายใจหอบเหนื่อย และหายใจไม่อิ่ม และ 4) กลุ่มอาการปวดข้อ หัวใจเต้นผิดปกติ ขากระดูก และตะคริว (Yu et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mao et al. (2014) ที่ทำการสังเคราะห์งานวิจัยโดยใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (a meta-analysis) เกี่ยวกับกลุ่มอาการชาอยู่ไม่สุขในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไตทั้งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับครีเอตินินที่แตกต่างกัน มีการรับรู้กลุ่มอาการชาอยู่ไม่สุขไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีระดับครีเอตินินแตกต่างกัน มีการรับรู้ภาวะอาการไม่แตกต่างกันก็ตาม แต่พยาบาลหรือทีมสุขภาพควรให้การตระหนักถึงผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระดับครีเอตินิน เพราะระดับครีเอตินินเป็นระดับปริมาณของของเสียที่เกิดจากการสลายครีอะตินและฟอสเฟตในกล้ามเนื้อลายในกระแสเลือด และต้องถูกขับออกทางไตในรูปแบบของปัสสาวะ ดังนั้นเมื่อไตเสียหายที่ทำให้ไม่สามารถขับ ครีเอตินินออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีระดับครีเอตินินสูงขึ้นในเลือดได้ (วิรุพห์ จิรภูฎิติกาล, 2550) ผู้ป่วยจะเกิดอาการต่างๆ ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะเป็นฟอง บวม อ่อนเพลีย ผิวน้ำแห้ง คันตามผิวหนัง และปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน (Kidney-Treatment, 2013a)

**ระดับแคลเซียมและระดับฟอสเฟต** กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับแคลเซียมในเลือดต่างกัน ) คือ ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ (น้อยกว่า 8.40 mg/dl), ระดับแคลเซียมในเลือดปกติ (เท่ากับ 8.40-9.50

mg/dl), และระดับแคลเซียมในเลือดสูง (มากกว่า 9.50 mg/dl) มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับโพสเฟตในเลือดต่างกัน คือ ระดับโพสเฟตในเลือดต่ำ (น้อยกว่า 3.50 mg/dl), ระดับโพสเฟตในเลือดปกติ (เท่ากับ 3.50-5.50 mg/dl), และระดับโพสเฟตในเลือดสูง (มากกว่า 5.50 mg/dl) มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะระดับแคลเซียมและระดับโพสเฟตไม่ได้มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้กลุ่มอาการ 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มอาการหายใจเหนื่อย เวียนศีรษะ ความอยากอาหารลดลง และคลื่นไส้ และ 2) กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ เจ็บแน่นหน้าอก ตะคริวและชาบริเวณแขนขา (Thong et al., 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mao et al. (2014) ที่ทำการสังเคราะห์งานวิจัยโดยใช้การวิเคราะห์อภิมาน (a meta-analysis) เกี่ยวกับกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไตทั้งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับแคลเซียมและโพสเฟตที่แตกต่างกัน มีการรับรู้กลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีระดับแคลเซียมและระดับโพสเฟตแตกต่างกัน มีการรับรู้ภาวะอาการไม่แตกต่างกันก็ตาม แต่พยาบาลหรือทีมสุขภาพควรให้การตระหนักถึงผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระดับแคลเซียมและระดับโพสเฟต เพราะระดับแคลเซียมเป็นระดับปริมาณของเกลือแร่ชนิดแคลเซียมในกระแสเลือด ส่วนระดับโพสเฟตเป็นระดับปริมาณของเกลือแร่ชนิดโพสเฟตในกระแสเลือด เมื่อไตทำงานบกพร่องทำให้โพสเฟตในเลือดถูกกำจัดน้อยลง เกิดภาวะโพสเฟตในเลือดสูง ยับยั้งการสังเคราะห์ calcitriol และเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ทำให้มีอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ ปวดทำงานบกพร่อง และภาวะหัวใจล้มเหลว (สินธุ์สุทธิ สุธิชัย และพัชราภรณ์ สุดชาฎา, 2555)

**ระดับความพอเพียงของการล้างไต** กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความพอเพียงของการล้างไตต่างกัน คือ ไม่มีความพอเพียงของการล้างไต (น้อยกว่า 1.7) และมีความพอเพียงของการล้างไต (มากกว่าหรือเท่ากับ 1.7) มีประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะระดับความพอเพียงของการล้างไตมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการเพียงบางอาการ คือ 1) กลุ่มอาการหายใจเหนื่อย เวียนศีรษะ ความอยากอาหารลดลง และคลื่นไส้ 2) กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ เจ็บแน่นหน้าอก ตะคริวและชาบริเวณแขนขา และ 3) กลุ่มอาการคันและผิวแห้ง (Thong et al., 2009) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu (2006) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในประเทศไทยที่มีระดับความพอเพียงของการล้างไตที่แตกต่างกัน มีการรับรู้อาการเหนื่อยล้าไม่แตกต่างกัน ( $p > 0.05$ ) ถึงแม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีระดับความพอเพียงของการล้างไตแตกต่างกัน มีการรับรู้ภาวะอาการไม่แตกต่างกันก็ตาม แต่พยาบาลหรือทีมสุขภาพควรให้การตระหนักถึงผู้ป่วยที่ไม่มีความพอเพียงของการล้างไต (น้อยกว่า 1.7) เพราะระดับ

ความพอเพียงของการล้างไตเป็นระดับประสิทธิภาพของผนังช่องท้องในการกำจัดยูเรียออกจากร่างกายด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (อนุตตร จิตตินันท์, 2551) หากผู้ป่วยได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องอย่างเพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการต่างๆ ดีขึ้น ได้แก่ รู้สึกสบาย น้ำหนักคงที่ โภชนาการดี และความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (ทวิ ศิริวงศ์ และคณะ, 2551)

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ควรนำผลการวิจัยนี้มาเป็นข้อมูลสำหรับให้คำแนะนำในการจัดการกับอาการต่างๆ เพื่อช่วยลดความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการที่จะเกิดขึ้นตามมา รวมทั้งตระหนักถึงความรวดเร็วในการประเมินการรับรู้อาการและ ค้นหาวิธีการต่างๆ ที่จะสามารถช่วยจัดการอาการนั้นให้บรรเทาลงหรือหายไป เพื่อลดการรับรู้อาการในมิติต่างๆ ของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จะรับรู้การเกิดอาการผิวหนังมากที่สุด ซึ่งเป็นอาการที่ผู้ป่วยรับรู้ความถี่มากที่สุดเช่นเดียวกัน ส่วนอาการคันเป็นอาการที่ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานมากที่สุด จะเห็นได้ว่าอาการผิวหนังและอาการคันเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกัน เพราะเป็นอาการทางระบบผิวหนัง ดังนั้นพยาบาลควรให้คำแนะนำหรือจัดการอาการผิวหนังและอาการคันด้วยกลวิธีการจัดการอาการที่ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยว่ามีประสิทธิผลในการจัดการอาการนี้มาก คือ หากผู้ป่วยมีอาการผิวหนังควรแนะนำให้ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้นด้วยการทาโลชั่นหรือใช้สบู่เหลวในการอาบน้ำ เพราะเป็นวิธีที่มีประสิทธิผลในการจัดการอาการผิวหนังอยู่ในระดับมาก ส่วนอาการคัน พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง อาหารที่มีรสเค็ม เครื่องดื่มชากาแฟ น้ำผลไม้ น้ำหวาน นม แอลกอฮอล์ แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพ เช่น ไข่ขาว ปลา ไข่ รวมทั้งดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น เพราะเป็นวิธีที่มีประสิทธิผลในการจัดการอาการคันอยู่ในระดับมาก เป็นต้น จะเห็นได้ว่าหากพยาบาลได้ทำการประเมินอาการใน 4 มิติ จะทำให้ทราบรายละเอียดของลักษณะการเกิดอาการและทราบถึงอาการที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้ละเอียดมากขึ้น เมื่อพยาบาลทราบอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละรายแล้ว พยาบาลสามารถนำกลวิธีการจัดการอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากนี้ไปให้คำแนะนำผู้ป่วยในการจัดการอาการต่างๆ เพื่อให้อาการนั้นหายไปหรือบรรเทาลงได้

นอกจากนี้ พยาบาลควรตระหนักถึงการประเมินประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่เป็นเพศหญิง และ/หรือมีอายุ 20-24 ปี และ/หรือมีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.5 mg/dl เนื่องจากผู้ป่วยที่มีลักษณะดังกล่าวจะ

มีโอกาสรับรู้ภาวะอาการมากกว่าลักษณะอื่นๆ ดังนั้นเมื่อพยาบาลทราบถึงรายละเอียดเหล่านี้ จะทำให้พยาบาลสามารถคาดการณ์ประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติที่อาจเกิดขึ้นและสามารถให้คำแนะนำหรือช่วยจัดการอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

## 2. ด้านการวิจัย

2.1 เป็นข้อมูลในการพัฒนาแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

2.2 เป็นข้อมูลในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้

2.3 เป็นข้อมูลในการศึกษาโปรแกรมการจัดการอาการที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมด้วยการนำ 11 ตัวแปร คือ เพศ อายุ โรคร่วม ระยะเวลาในการล้างไต ระดับฮีโมโกลบิน ระดับบิยูเอ็น ระดับครีเอตินิน ระดับอัลบูมิน ระดับแคลเซียม ระดับฟอสเฟต และระดับความพอเพียงของการล้างไต มาเปรียบเทียบกับกลวิธีการจัดการอาการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถอธิบายลักษณะของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องว่ามีตัวแปรใดบ้างที่คาดว่าจะมีผลต่อการจัดการอาการในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้

2. ควรศึกษาเพิ่มเติมด้วยการนำปัจจัยอื่นๆ ที่นอกเหนือจาก 11 ตัวแปรดังกล่าว มาทำการศึกษาเปรียบเทียบกับประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติ (ภาวะอาการ) เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรอื่นๆ ที่คาดว่าจะมีผลต่อประสบการณ์การมีอาการทั้ง 4 มิติในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้

3. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการอาการด้วยวิธีการทางการแพทย์ที่บ้าน เช่น การพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถอธิบายวิธีการจัดการเหล่านั้นด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการอธิบายความถูกต้องเหมาะสม และระบุได้ว่าวิธีการจัดการใดที่สามารถทำได้หรือไม่ควรทำ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการให้คำแนะนำการจัดการอาการให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้

## รายการอ้างอิง

- กรวรรณ ปานแพ, อรวมน ศรียุคศุท, และรัตนา ชวนะสุนทรพจน์. (2011). ประสบการณ์การมี  
อาการเบื่ออาหาร กลวิธีการจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่  
พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *Journal of Nursing Science*, 29(Suppl2), 59-66.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 381) พ.ศ. 2559 เรื่องวัตถุเจือ  
ปนอาหาร (ฉบับที่ 4)*. สืบค้นจาก [http://food.fda.moph.go.th/law/data/announ\\_moph/P381.pdf](http://food.fda.moph.go.th/law/data/announ_moph/P381.pdf)
- กัลยา บุญจันทร์. (2558). *การติดตามตนเอง การประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน และอาการของ  
ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง.*  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- กำธร ลีลามะลิ. (2554). Edema and clinical use of diuretics. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ  
(บรรณาธิการ), *Textbook of nephrology* (หน้า 481-518). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์  
นัล พับลิเคชั่น.
- กุลธิดา พานิชกุล. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม และการ  
ปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.* วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาพยาบาล  
ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤษมาลย์ งามศิริ. (2543). *คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนและการจัดการกับปัญหาของ  
ผู้สูงอายุ.* วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เจริญ ชุณหกาญจน์. (2558). บทที่ 61 Pruritus. ใน กาญจนา จันทร์สูง และประณิธิ หงสประภาส  
(บรรณาธิการ), *อาการวิทยาทางอายุรศาสตร์ (Symptomatology in General Medicine)*  
(พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- เนาวนิตย์ นาทา. (2557). Proteinuria. ใน บัญชา สติระพจน์ และคณะ (บรรณาธิการ), *Essential  
nephrology* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- เพ็ญศรี จิตต์จันทร์, เขมารดี มาสิงบุญ, และสุภาภรณ์ ดั่งแพง. (2554). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติ  
หน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(2), 86-99.
- ไตรรักษ์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า. (2543). Overview of chronic renal failure. ใน สมชาย  
เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), *Nephrology* (หน้า 1223-1264). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์  
นัล พับลิเคชั่น จำกัด.

- จรรวมล แพ้งโยธา. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์การมีอาหาร กลวิธี การจัดการอาหารเจ็บหน้าอกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันจิรา ประภาภรณ์ และอุบลรัตน์ ศุภสินธุ์. (2559). การจัดการอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อมในโรคไตเรื้อรัง. ใน สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ และคณะ (บรรณาธิการ), *ตำราโรคไตเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล.
- ชนิดา ปิโชติการ และบรรลือศักดิ์ อาชวานันทกุล. (2556). บทที่ 22 Nutrition management for Thai community and special population. ใน เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์ (บรรณาธิการ), *ตำราแนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง*. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์.
- ชนิดา ปิโชติการ, สุนาฏ เตชางาม, และชวลิต รัตนกุล. (2551). Nutritional assessment and management. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ (บรรณาธิการ), *Textbook of peritoneal dialysis*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล.
- ชลธิมา ปิ่นสกุล และชนกพร จิตปัญญา. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยา เกี่ยวกับการนอน ความเหนื่อยล้า ความปวด ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. *วารสารเกื้อการุณย์*, 22(2), 154-167.
- ชวลิต รัตนกุล. (2543). อาหารบำบัดในโรคไต. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), *Nephrology*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน จำกัด.
- ช่อสนธิ์ เขาว์ตระกูล. (2549). *ผลของการเสริมฟรักโทโอลิโกแซ็กคาไรด์ต่อภาวะท้องผูกในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาอาหารเคมีและโภชนศาสตร์ทางการแพทย์ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัชวาล วงศ์สารี. (2558). บทบาทพยาบาลไตเทียมกับการป้องกันและการจัดการภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารเกื้อการุณย์*, 22(2), 30-40.
- ชูศรี คุชัยสิทธิ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, นवलจันทร์ ธาณินทร์สุรัตน์, และสลักจิต ศรีมงคล. (2548). การจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี. *ศรินครินทร์เวชสาร*, 20(3), 190-196.
- ณัฐวดี ไทวนาชัย, พิสุทธิ กตเวทิน, และสมชาย เอี่ยมอ่อง. (2551). Overview of renal replacement therapy. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ (บรรณาธิการ), *Textbook of peritoneal dialysis* (หน้า 1-17). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน จำกัด.

- ดวงรัตน์ มนโธสง. (2553). *ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทวี ศิริวงศ์ และคณะ. (2551). แนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง พ.ศ. 2550. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ (บรรณาธิการ), *Textbook of Peritoneal Dialysis* (หน้า 783-851). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- ธันนดา ตระการวินิช. (2551). ความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง (Electrolyte disturbances in CAPD patients). ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ (บรรณาธิการ), *Textbook of peritoneal dialysis* (หน้า 343-354). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- ธนิต จิรนนท์วัช สมชาย เอี่ยมอ่อง และวิวัฒน์ ก่อกิจ. (2542). การเปลี่ยนแปลงของระบบผิวหนังในผู้ป่วย Dialysis. ใน เกรียง ตั้งสง่า และสมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), *Hemodialysis* (หน้า 853-854). เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- นงค์นุช สุวรรณเพชร. (2553). *การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2548). โภชนาการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง: ปัญหาและแนวทางส่งเสริม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 28(1), 60-68.
- นันทา มหัทธนนท์ และปิยาภรณ์ โทวันนัง. (2556). บทที่ 17 Nursing aspect for CAPD. ใน เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์ (บรรณาธิการ), *แนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง*. ฉะเชิงเทรา: ศิริวัฒนาอินเตอร์พรีนซ์ จำกัด (มหาชน).
- นัตยา แสงวิชัยภัทร. (2554). การพยาบาลบุคคลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง. ใน ปราณี ทัพไพเราะ และคณะ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2* (หน้า 213-226). กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- นิรมล พจน์ดวง, ฉวีวรรณ เมสม, และจุไรรัตน์ ธรรมเพียร. (2552). ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เกิดภาวะน้ำลายแห้งหลังครบรังสีรักษา ณ ศูนย์มะเร็งลพบุรี. *วารสารโรคมะเร็ง*, 29(1), 3-12.
- บัวหลัน หินแก้ว. (2557). ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตและภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 7(2), 23-32.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

- ปกครอง แสงโคตร. (2554). *การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ใหญ่ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง*. รายงานการศึกษาระดับปริญญาโทบริหาร, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประเชษฐ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์. (2557). Hypertension. ใน บัญชา สติระพจน์ และคณะ (บรรณาธิการ), *Essential nephrology* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2558). สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. *วารสารกรมการแพทย์*, 4(5), 5-18.
- พรรณบุปผา ชูวิเชียร. (2540). บทที่ 11 โภชนบำบัดในผู้ป่วยล้างช่องท้องถาวร (CAPD). ใน ประเสริฐ ธนกิจจารุ และคณะ (บรรณาธิการ), *Nutrition and renal disease (ตำราโภชนาบำบัดและโรคไต)*. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- รวีวรรณ พงศ์พุดพิพัชร, อรวมน ศรียุกต์ศุทธ, จงจิต แสนหา, และนพพร ว่องสิริมาศ. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(1), 52-61.
- รวีวรรณ รัตนเรือง วรรณภา ประไพพานิช พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และสุทธทัย เลขยานนท์. (2014). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเน้นโปรตีนในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *Rama Nurs J*, 20(3), 341-355.
- รัศมี บัณฑิตสิทธิ์รัตน์. (2552). *ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ร่มรัตน์ หลีสสุข. (2549). *ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพพร้อมกับการนัดจุดสะท้อนต่ออาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร, สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รำแพน พรเทพเกษมสันต์. (2541). ระบบกล้ามเนื้อ. ใน รำแพน พรเทพเกษมสันต์ (บรรณาธิการ), *กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของมนุษย์* (หน้า 77-120). กรุงเทพฯ: โสภณการพิมพ์.
- วนิดา คู่เคียงบุญ. (2551). *การจัดการกับภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง*. รายงานการศึกษาระดับปริญญาโทบริหาร, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วลัย อินทร์มพรรย์. (2540). บทที่ 3 ความรู้พื้นฐานทางโภชนาการกับโรคไต. ใน ประเสริฐ ธนกิจจารุ และคณะ (บรรณาธิการ), *Nutrition and renal disease (ตำราโภชนาบำบัดและโรคไต)*. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.



- วัลลา ตันตโยทัย และประคอง อินทรสมบัติ. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3*. กรุงเทพฯ: วี เจ พรีนติ้ง.
- วานีรัตน์ รุ่งเกียรติกุล และคณะ. (2556). *คู่มือการล้างไตทางช่องท้องสำหรับประชาชน*. สืบค้นจาก <http://203.155.220.217/phpd/Media/HandBook/PHND/57/Kidney%2057.pdf>
- วาสนา สุวรรณรัศมี. (2555). *ประสบการณ์การมีอาหาร การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิรุพท์ จิรภูษิติกาล. (2550). *BUN และ Creatinine*. สืบค้นจาก [http://www.thaibdlab.com/info/index.php?option=com\\_content&view=article&id=44:joomla-security-strike-team&catid=1:latest-news&Itemid=50](http://www.thaibdlab.com/info/index.php?option=com_content&view=article&id=44:joomla-security-strike-team&catid=1:latest-news&Itemid=50)
- วิวัฒน์ ก่อกิจ. (2553). Cutaneous changes related to chronic renal failure. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ (บรรณาธิการ), *Textbook of Hemodialysis*. นครปฐม: เอ ไอ พรีนติ้ง จำกัด.
- ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย, และทิพพาพร ตั้งอำนาจ. (2546). ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ. *พยาบาลสาร*, 30, 50-65.
- ศุภชัย ฐิตีอาชากุล. (2544). *การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis: practical and update)*. กรุงเทพฯ: บุ๊คเน็ต.
- โสภณ นภธร. (2542). กลไกการเกิดไตวายเรื้อรัง. ใน เกรียง ตั้งสง่า และสมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), *Hemodialysis* (หน้า 1-40). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2557). *Thailand Renal Replacement Therapy Year 2014*. สืบค้นจาก [http://www.nephrothai.org/images/10-11-2016/1.TRT-report-2014-\\_3-11-59\\_-final\\_.pdf](http://www.nephrothai.org/images/10-11-2016/1.TRT-report-2014-_3-11-59_-final_.pdf)
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนอุลตราไวโอเร็ด.
- สว่างวรรณ พิทยานฤมาน. (2552). *การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในภาคใต้ ประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558a). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่มที่ 3: การบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558b). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559: การบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด.
- สินธุ์วิสุทธิ์ สุธีชัย และพัชราภรณ์ สุดชาฎา. (2555). ความผิดปกติของสมดุแลร่ธาตุและกระดูกในโรคไตเรื้อรัง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 27(4), 415-423.
- สิริกัญจน์ หาญรบ วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช อรวมน ศรียุกตศุทธ และสุชาย ศรีทิพยวรรณ. (2015). ประสบการณ์การมีอาหาร กลวิธีการจัดการอาหาร และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยไตอ่กเสบลูปีส. *Journal of Nursing Science*, 33(4), 65-75.
- สุกัญญา จ้อยกล้า. (2550). *การศึกษาอาการที่พบบ่อย การประเมินอาการ และการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. (2544). *การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วย ซี เอ พี ดี*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุธาสินี วีระเดชะ. (2554). *การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุกร บุขปนวิษ, ธารทิพย์ กิจไพบูลย์ชัย, กรวีร์ สุขมี, ภัคจิรา เบญญาปัญญา, อุษณีย์ วรรณมณี, & สินีนาฏ สุขอุบล. (2552). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในชุมชน*. สืบค้นจาก <http://www.photharamhosp.go.th/kd/attachments/article/8/CAPD.pdf>
- สุมาพร บรรณสาร. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรัชย์ มณีเนตร. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนุดตร จิตตินันท์. (2551). Peritoneal dialysis prescription and adequacy monitoring. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ (บรรณาธิการ), *Textbook of Peritoneal Dialysis* (หน้า 189-202). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.

- อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์. (2551). อาหารและโภชนาบำบัดในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ (บรรณาธิการ), *Textbook of peritoneal dialysis*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล.
- อรุณ จิรวรรณกุล. (2553). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ท ครีเอชั่น จำกัด.
- Abdel-Kader, K., Unruh, M. L., & Weisbord, S. D. (2009). Symptom burden, depression, and quality of life in chronic and end-stage kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol*, 4(6), 1057-1064.
- Agarwal, R. (2010). Developing a self-administered CKD symptom assessment instrument. *Nephrol Dial Transplant*, 25(1), 160-166.
- Albano, C., Comandante, L., & Nolan, S. (2005). Innovations in the management of cerebral injury. *Critical Care Nursing Quarterly*, 28(2): 135-149.
- Almutary, H., Bonner, A., & Douglas, C. (2013). Symptom burden in chronic kidney disease: a review of recent literature. *J Ren Care*, 39(3), 140-150.
- Almutary, H., Bonner, A., & Douglas, C. (2015). Arabic translation, adaptation and modification of the dialysis symptom index for chronic kidney disease stages four and five. *BMC Nephrol*, 16, 36.
- Almutary, H., Bonner, A., & Douglas, C. (2016). Which patients with chronic kidney disease have the greatest symptom burden? A comparative study of advanced CKD stage and dialysis modality. *J Ren Care*, 42(2), 73-82.
- Almutary, H., Douglas, C., & Bonner, A. (2016). Multidimensional symptom clusters: an exploratory factor analysis in advanced chronic kidney disease. *J Adv Nurs*, 72(10), 2389-2400.
- Amro, A., Waldum, B., Dammen, T., Miasowski, C., & Os, I. (2014). Symptom clusters in patients on dialysis and their association with quality-of-life outcomes. *J Ren Care*, 40(1), 23-33.
- Armstrong, T. S. (2003). Symptoms experience: a concept analysis. *Oncol Nurs Forum*, 30(4), 601-606.
- Aronowitz, R. A. (2001). When do symptoms become a disease? *Ann Intern Med*, 134(9), 803-808.

- Barrett, B. J., Vavasour, H. M., Major, A., & Parfrey, P. S. (1990). Clinical and psychological correlates of somatic symptoms in patients on dialysis. *Nephron, 55*(1), 10-15.
- Barsevick, A. M., Whitmer, K., Nail, L. M., Beck, S. L., & Dudley, W. N. (2006). Symptom cluster research: Conceptual, design, measurement, and analysis issues. *J Pain Symptom Manage, 31*(1), 85-95.
- Barsky, A. J., Peekna, H. M., & Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine, 16*(4), 266-275.
- Barth, C., Villringer, A., & Sacher, J. (2015). Sex hormones affect neurotransmitters and shape the adult female brain during hormonal transition periods. *Frontiers in Neuroscience, 9*, 37.
- Bender, F. H., Bernardini, J., & Piraino, B. (2006). Prevention of infectious complications in peritoneal dialysis: best demonstrated practices. *Kidney Int Suppl*(103), 44-54.
- Benz, R. L., Pressman, M. R., Hovick, E. T., & Peterson, D. D. (2000). Potential novel predictors of mortality in end-stage renal disease patients with sleep disorders. *Am J Kidney Dis, 35*(6), 1052-1060.
- Berger, T. G., & Steinhoff, M. (2011). Pruritus and renal failure. *Seminars in cutaneous medicine and surgery, 30*(2), 99-100.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3<sup>rd</sup> ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bonner, A., Wellard, S., & Caltabiano, M. (2010). The impact of fatigue on daily activity in people with chronic kidney disease. *J Clin Nurs, 19*(21-22), 3006-3015.
- Boonsiri, M., Prompongsa, S., & Bunyaratavej, M. (2015). Dermatology life quality index in Thai dialysis patients with cutaneous manifestations: A cross-sectional study and review. *Vajira Medical Journal, 59*(1), 11-20.
- Breiterman-White, R. (2005). Functional ability of patients on dialysis: the critical role of anemia. *Nephrol Nurs J, 32*(1), 79-82.
- Brown, S. A., Tyrer, F. C., Clarke, A. L., Lloyd-Davies, L. H., Stein, A. G., Tarrant, C., . . . Smith, A. C. (2017). Symptom burden in patients with chronic kidney disease not requiring renal replacement therapy. *Clinical Kidney Journal, 10*(6), 788-796.

- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmsler, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care*, 7(2), 6-9.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The Practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6<sup>th</sup> ed.). St. Louis, Missouri: Saunders/Elsevier.
- Caravaca, F., Gonzales, B., Bayo, M. A., & Luna, E. (2016). Musculoskeletal pain in patients with chronic kidney disease. *Nefrologia*, 36(4), 433-440.
- Cheikh Hassan, H. I., Brennan, F., Collett, G., Josland, E. A., & Brown, M. A. (2015). Efficacy and safety of gabapentin for uremic pruritus and restless legs syndrome in conservatively managed patients with chronic kidney disease. *J Pain Symptom Manage*, 49(4), 782-789.
- Chokroverty, S. (1999). An overview sleep. In S. Chokroverty, & R. B. Daroff (Eds.), *Sleep disorders medicine: Basic science, technical considerations, and clinical aspects* (pp. 7-20). Boston: Butterworth-Heinemann.
- Choovichian, V., Choovichian, P., & Nakakes, A. (2010). Prevalence of cutaneous manifestations and pruritus of end-stage renal disease in patients on hemodialysis or continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) at Phramongkutklao hospital. *Thai Journal of Dermatology*, 26(3), 141-181.
- Closs, L. (1988). Patients' s sleep-wake rhythms in hospital Part1. *Nursing Times*, 84(1), 54-55.
- Cohen, S. D., Patel, S. S., Khetpal, P., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2007). Pain, sleep disturbance, and quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol*, 2(5), 919-925.
- Culebras, A. (2002). Normal sleep. In T. L. Lee-Chiong, M. J. Sateia, & M. A. Carskadon (Eds.), *Sleep Med* (pp. 1-6). Philadelphia: Hanley and Belfus.
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences* (6<sup>th</sup> ed.). New York: John Wiley&Sons.
- Davison, S. N., Jhangri, G. S., & Johnson, J. A. (2006). Cross-sectional validity of a modified Edmonton symptom assessment system in dialysis patients: A simple assessment of symptom burden. *Kidney Int*, 69(9), 1621-1625.

- DeVellis, R. F. (2012). *Scale development: theory and applications* (3<sup>rd</sup> ed.): Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., . . . Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*, 33(5), 668-676.
- Dracup, K., Moser, D. K., Eisenberg, M., Meischke, H., Alonzo, A. A., & Braslow, A. (1995). Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. *Soc Sci Med*, 40(3), 379-392.
- Edward, T., & Zawada, J. (2001). Initiation of dialysis. In J. T. Daugirdas, P. G. Blake, & T. S. Ing (Eds.), *Handbook of dialysis*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Figueiredo, A. E., Goodlad, C., Clemenger, M., Haddoub, S. S., McGrory, J., Pryde, K., . . . Brown, E. A. (2012). Evaluation of physical symptoms in patients on peritoneal dialysis. *International Journal of Nephrology*, 2012, 4.
- Floyd, J. A. (2002). Sleep and aging. *Nursing Clinics*, 37(4), 719-731.
- Friedman, M. M., & King, K. B. (1995). Correlates of fatigue in older women with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 24(6), 512-518.
- Gerogianni, S., Babatsikou, F., Gerogianni, G., Grapsa, E., Vasilopoulos, G., Zyga, S., & Koutis, C. (2014). Concerns of patients on dialysis: A research study. *Health Science Journal*, 8(4), 423-437.
- Haller, C. (2005). Hypoalbuminemia in renal failure: pathogenesis and therapeutic considerations. *Kidney Blood Press Res*, 28(5-6), 307-310.
- Hearn, J., & Higginson, I. J. (1999). Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale. *Quality in Health Care : QHC*, 8(4), 219-227.
- Heidari Gorji, M. A., Davanloo, A., & Heidarigorji, A. M. (2014). The efficacy of relaxation training on stress, anxiety, and pain perception in hemodialysis patients. *Indian Journal of Nephrology*, 24(6), 356-361.
- Hopman, W. M., Harrison, M. B., Coo, H., Friedberg, E., Buchanan, M., & VanDenKerkhof, E. G. (2009). Associations between chronic disease, age and physical and mental health status. *Chronic Dis Can*, 29(3), 108-116.

- Hricik, D. E. (2003). Other manifestations of uremia. In D. E. Hricik, R. T. Miller, & J. R. Sedor (Eds.), *Nephrology Secrets*. Philadelphia: Hanley and Belfus.
- Hsu, P. T. (2006). *Potential outcome of mild traumatic brain injuries in non-hospitalized population* (Doctor dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3254818).
- Ifudu, O., Paul, H., Mayers, J. D., Cohen, L. S., Brezsnayak, W. F., Herman, A. I., . . . Friedman, E. A. (1994). Pervasive failed rehabilitation in center-based maintenance hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis*, *23*(3), 394-400.
- Iliescu, E. A., Coe, H., McMurray, M. H., Meers, C. L., Quinn, M. M., Singer, M. A., & Hopman, W. M. (2003). Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, *18*(1), 126-132.
- Jablonski, A. (2007). The multidimensional characteristics of symptoms reported by patients on hemodialysis. *Nephrol Nurs J*, *34*(1), 29-37; quiz 38.
- Jansen, D. L., Heijmans, M. J., Rijken, M., Spreeuwenberg, P., Grootendorst, D. C., Dekker, F. W., . . . Groenewegen, P. P. (2013). Illness perceptions and treatment perceptions of patients with chronic kidney disease: different phases, different perceptions? *Br J Health Psychol*, *18*(2), 244-262.
- Johnson, D. W., Dent, H., Hawley, C. M., McDonald, S. P., Rosman, J. B., Brown, F. G., . . . Wiggins, K. J. (2009). Associations of dialysis modality and infectious mortality in incident dialysis patients in Australia and New Zealand. *Am J Kidney Dis*, *53*(2), 290-297.
- KDIGO. (2012). KDIGO Clinical practice guideline for anemia in chronic kidney disease. *Kidney International Supplement*, *2*(4), 279-335.
- KDIGO. (2013). *KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease*. Retrieved from [http://www.kdigo.org/clinical\\_practice\\_guidelines/pdf/CKD/KDIGO\\_2012\\_CKD\\_GL.pdf](http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf)
- Kidney-Treatment. (2013a). *Signs and symptoms of high creatinine level*. Retrieved from <http://www.kidney-treatment.org/creatinine/152.html>
- Kidney-Treatment. (2013b). *Symptoms of elevated BUN*. Retrieved from <http://www.kidney-treatment.org/creatinine/144.html>

- Kimmel, P. L., Peterson, R. A., Weihs, K. L., Simmens, S. J., Boyle, D. H., Cruz, I., . . . Veis, J. H. (1995). Aspects of quality of life in hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol*, *6*(5), 1418-1426.
- Knight, M. M. (2000). Cognitive ability and functional status. *J Adv Nurs*, *31*(6), 1459-1468.
- Krikken, J. A., Laverman, G. D., & Navis, G. (2009). Benefits of dietary sodium restriction in the management of chronic kidney disease. *Curr Opin Nephrol Hypertens*, *18*(6), 531-538.
- Kumar, S., Bogle, R., & Banerjee, D. (2014). Why do young people with chronic kidney disease die early? *World Journal Of Nephrology*, *3*(4), 143-155.
- Kurella Tamura, M., Covinsky, K. E., Chertow, G. M., Yaffe, K., Landefeld, C. S., & McCulloch, C. E. (2009). Functional status of elderly adults before and after initiation of dialysis. *N Engl J Med*, *361*(16), 1539-1547.
- Kuypers, D. R. (2009). Skin problems in chronic kidney disease. *Nat Clin Pract Nephrol*, *5*(3), 157-170.
- Larson, P. J., Carrieri-Kohlman, V., Dodd, M. J., Douglas, M., Faucett, J., Froelicher, E., . . . Underwood, P. (1994). A model for symptom management. *Image Journal of Nursing Scholarship*, *26*, 272-276.
- Laudanski, K., Nowak, Z., & Niemczyk, S. (2013). Age-related differences in the quality of life in end-stage renal disease in patients enrolled in hemodialysis or continuous peritoneal dialysis. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, *19*, 378-385.
- Lee, S. J., & Jeon, J. (2015). Relationship between symptom clusters and quality of life in patients at stages 2 to 4 chronic kidney disease in Korea. *Appl Nurs Res*, *28*(4), e13-19.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *ANS Adv Nurs Sci*, *19*(3), 14-27.
- Lewis, R. (2012). Chapter 2: The definition and classification of CKD. In R. Lewis (Ed.), *Understanding Chronic Kidney Disease: a guide for the non-specialist* (pp. 7). Cumbria: M&K Updated Ltd.



- Li, J., Guo, Q., Lin, J., Yi, C., Yang, X., & Yu, X. (2015). Prevalence and Associated Factors of Uraemic Pruritus in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients. *Intern Med*, *54*(22), 2827-2833.
- Liu, H. E. (2006). Fatigue and associated factors in hemodialysis patients in Taiwan. *Research in Nursing & Health*, *29*, 40-50.
- Lonil, A. (2004). *Effects of Anorexia and Anorexia Management of Patients and Families on Nutritional Status in Colorectal Cancer Patients Receiving Chemotherapy*. (Master of Nursing Science (Adult Nursing)), Mahidol University.
- Macdonald, J. H., Fearn, L., Jibani, M., & Marcora, S. M. (2012). Exertional fatigue in patients with CKD. *Am J Kidney Dis*, *60*(6), 930-939.
- Manenti, L., Tansinda, P., & Vaglio, A. (2009). Uraemic pruritus: clinical characteristics, pathophysiology and treatment. *Drugs*, *69*(3), 251-263.
- Mao, S., Shen, H., Huang, S., & Zhang, A. (2014). Restless legs syndrome in dialysis patients: a meta-analysis. *Sleep Med*, *15*(12), 1532-1538.
- Merkus, M. P., Jager, K. J., Dekker, F. W., de Haan, R. J., Boeschoten, E. W., & Krediet, R. T. (1999). Physical symptoms and quality of life in patients on chronic dialysis: results of The Netherlands Cooperative Study on Adequacy of Dialysis (NECOSAD). *Nephrol Dial Transplant*, *14*(5), 1163-1170.
- Miaskowski, C., & Lee, K. A. (1999). Pain, fatigue, and sleep disturbances in oncology outpatients receiving radiation therapy for bone metastasis: a pilot study. *J Pain Symptom Manage*, *17*(5), 320-332.
- Miller, C. A. (1999). *Nursing care of older adults: Theory and Practice* (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Mishel, M. H. (1999). Uncertainty in chronic illness. *Annu Rev Nurs Res*, *17*, 269-294.
- Mittal, S. K., Ahern, L., Flaster, E., Maesaka, J. K., & Fishbane, S. (2001). Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, *16*(7), 1387-1394.
- Murphy, E. L., Murtagh, F. E., Carey, I., & Sheerin, N. S. (2009). Understanding symptoms in patients with advanced chronic kidney disease managed without

- dialysis: use of a short patient-completed assessment tool. *Nephron Clin Pract*, 111(1), c74-80.
- National Kidney Foundation. (2010). *Hearing loss is common in patients with moderate chronic kidney disease*. Retrieved from <https://www.kidney.org/news/newsroom/nr/HearingLoss>
- Ngamjarus, C., Chongsuvivatwong, V., & McNeil, E. (2016). n4Studies: Sample Size Calculation for an Epide-miological Study on a Smart Device. *Siriraj Medical Journal*, 68(3), 160-170.
- NKF. (2003). K/DOQI clinical practice guidelines for bone metabolism and disease in chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis*, 42, S1-S201.
- NKF. (2006). KDOQI Clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for 2006 updates: Hemodialysis adequacy, peritoneal dialysis adequacy and vascular access. *American Journal of Kidney Diseases*, 48(suppl 1), S1-S322.
- O'Sullivan, D., & McCarthy, G. (2007). An exploration of the relationship between fatigue and physical functioning in patients with end stage renal disease receiving haemodialysis. *J Clin Nurs*, 16(11c), 276-284.
- Ordin, Y. S., Karayurt, O., & Cilengiroglu, O. V. (2013). Validation and adaptation of the Modified Transplant Symptom Occurrence and Symptom Distress Scale-59 Items Revised into Turkish. *Prog Transplant*, 23(4), 392-400.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing concept of practice*. (5<sup>th</sup> ed.). St Louis: Mosby.
- Pennebaker, J. W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer-Verlag NY Inc.
- Petchrung, T. (2004). *Experience, Management Strategies and Outcome of Fatigue in Hemodialysis Patient*. (Master of Nursing Science (Adult Nursing)), Mahidol University.
- Phillips, B. A., & Danner, F. J. (1995). Cigarette smoking and sleep disturbance. *Arch Intern Med*, 155(7), 734-737.
- Pinola, M. (2013). *How long to nap for the biggest brain benefits*. Retrieved from <https://lifehacker.com/how-long-to-nap-for-the-biggest-brain-benefits-1251546669>

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., Lepore, J. M., Friedlander-Klar, H., Kiyasu, E., . . . et al. (1994). The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer, 30a*(9), 1326-1336.
- Posey, A. D. (2006). Symptom perception: a concept exploration. *Nurs Forum, 41*(3), 113-124.
- Roderick, P. (2002). Epidemiology of end-stage renal disease. *Clinical medicine, 2*(3), 200-204.
- Rozen, T. D., Niknam, R. M., Shechter, A. L., Young, W. B., & Silberstein, S. D. (2001). Cluster headache in women: clinical characteristics and comparison with cluster headache in men. *J Neurol Neurosurg Psychiatry, 70*(5), 613-617.
- Slavin, J. L. (2008). Position of the American Dietetic Association: Health implications of dietary fiber. *J Am Diet Assoc, 108*(10), 1716-1731.
- Sherbourne, C. D., Allen, H. M., Kamberg, C. J., & Wells, K. B. (1992). Physical/psychophysiologic symptoms measure. In A. L. Stewart & J. E. Ware (Eds.), *Measuring functioning and well-being: The medical outcomes study approach*. Durham, NC: Duke university press.
- Steel, J. L., Kim, K. H., Dew, M. A., Unruh, M. L., Antoni, M. H., Olek, M. C., . . . Gamblin, T. C. (2010). Cancer-related symptom clusters, eosinophils, and survival in hepatobiliary cancer: an exploratory study. *J Pain Symptom Manage, 39*(5), 859-871.
- Sun, V. C.-Y., & Sarna, L. (2008). Symptom Management in Hepatocellular Carcinoma. *Clinical journal of oncology nursing, 12*(5), 759-766.
- Tarlo, S. M. (2006). Peritoneal dialysis and cough: ACCP Evidence-based clinical practice guidelines. *Chest Journal, 129*(1), 202s-203s.
- The Australian Kidney Foundation. (2015). Common kidney disease symptoms and management options. Retrieved from [http://kidney.org.au/cms\\_uploads/docs/common-kidney-disease-symptoms-and-management-fact-sheet.pdf](http://kidney.org.au/cms_uploads/docs/common-kidney-disease-symptoms-and-management-fact-sheet.pdf)

- Thomas, E. A., Pawar, B., & Thomas, A. (2012). A prospective study of cutaneous abnormalities in patients with chronic kidney disease. *Indian Journal of Nephrology*, 22(2), 116-120.
- Thong, M. S., van Dijk, S., Noordzij, M., Boeschoten, E. W., Krediet, R. T., Dekker, F. W., & Kaptein, A. A. (2009). Symptom clusters in incident dialysis patients: associations with clinical variables and quality of life. *Nephrol Dial Transplant*, 24(1), 225-230.
- van Wijk, C. M., & Kolk, A. M. (1997). Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Soc Sci Med*, 45(2), 231-246.
- Vidmar, P. M. (1999). Concepts of stress, exercise, and sleep. . In B. L. Bullock & R. L. Henze (Eds.), *Focus on pathophysiology* (pp. 13-157). Philadelphia: Lippincott.
- Wang, H., & Yosipovitch, G. (2010). New insights into the pathophysiology and treatment of chronic itch in patients with end-stage renal disease, chronic liver disease, and lymphoma. *Int J Dermatol*, 49(1), 1-11.
- Weisbord, S. D., Fried, L. F., Arnold, R. M., Fine, M. J., Levenson, D. J., Peterson, R. A., & Switzer, G. E. (2005). Prevalence, severity, and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol*, 16(8), 2487-2494.
- Weisbord, S. D., Fried, L. F., Arnold, R. M., Rotondi, A. J., Fine, M. J., Levenson, D. J., & Switzer, G. E. (2004). Development of a symptom assessment instrument for chronic hemodialysis patients: the Dialysis Symptom Index. *J Pain Symptom Manage*, 27(3), 226-240.
- White, S. L., Polkinghorne, K. R., Cass, A., Shaw, J. E., Atkins, R. C., & Chadban, S. J. (2009). Alcohol consumption and 5-year onset of chronic kidney disease: the AusDiab study. *Nephrol Dial Transplant*, 24(8), 2464-2472.
- Williams, A. (2013). *People with CKD on dialysis experience severe hair loss and brittle nails*. Retrieved from <https://www.kidneybuzz.com/people-with-ckd-on-dialysis-experience-severe-hair-loss-and-brittle-nails/2013/5/13/people-with-ckd-on-dialysis-experience-severe-hair-loss-and-brittle-nails>
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *Jama*, 273(1), 59-65.

- Xiao, C. (2010). The state of science in the study of cancer symptom clusters. *Eur J Oncol Nurs*, 14(5), 417-434.
- Yasuda, G., Shibata, K., Takizawa, T., Ikeda, Y., Tokita, Y., Umemura, S., & Tochikubo, O. (2002). Prevalence of constipation in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients and comparison with hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis*, 39(6), 1292-1299.
- Yong, D. S., Kwok, A. O., Wong, D. M., Suen, M. H., Chen, W. T., & Tse, D. M. (2009). Symptom burden and quality of life in end-stage renal disease: a study of 179 patients on dialysis and palliative care. *Palliat Med*, 23(2), 111-119.
- Yu, I. C., Huang, J. Y., & Tsai, Y. F. (2012). Symptom cluster among hemodialysis patients in Taiwan. *Appl Nurs Res*, 25(3), 190-196.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัตนา จารุวรรณ	ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาภรณ์ ต้วงแพง	อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. รองศาสตราจารย์ ดร. อรวมน ศรียุกต์ศุทธิ์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสาวจุฑามาศ เทียนสอาด	พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางสาวนันทา มหัทธนนท์	หัวหน้าหอผู้ป่วยหน่วยโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์





ที่ ศธ 0512.11/ 0787

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒ พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายปฏิวัติ คดีโลก นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาประสบการณ์การมีอากรและกลวิธีจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารียวรรณ อ่วมตานี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัตนา จารุวรรณ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยกรรมศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัตนา จารุวรรณ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารียวรรณ อ่วมตานี โทร. 0-2218-1154

นายปฏิวัติ คดีโลก โทร. 08-4739-2404

ที่ ศธ 0512.11/0767



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

16 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายปฏิวัติ คติโลก นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาประสบการณ์การมีอาหารและกลวิธี การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมตานี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาภรณ์ ดั่งวงแหง อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาภรณ์ ดั่งวงแหง
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมตานี โทร. 0-2218-1154
ชื่อนิสิต	นายปฏิวัติ คติโลก โทร. 08-4739-2404



ที่ ศร 0512.11/0787



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

16 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายปฏิวัติ คดีโลก นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาประสบการณ์การมีอาการและกลไกการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมตานี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. อรวรรณ ศรียุกต์ศุทธ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร. อรวรรณ ศรียุกต์ศุทธ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมตานี โทร. 0-2218-1154

นายปฏิวัติ คดีโลก โทร. 08-4739-2404



ที่ ศธ 0512.11/ ๑๗๘๗

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

/๖ พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายปฏิวัติ คดีโลก นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีในการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมตานี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวจุฑามาศ เทียนสอาด พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

นางสาวจุฑามาศ เทียนสอาด

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมตานี โทร. 0-2218-1154

นายปฏิวัติ คดีโลก โทร. 08-4739-2404



ที่ ศธ 0512.11/0๗๘๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

(6 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายปฏิวัติ คดีโลก นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาประสบการณ์การมีอากรและกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมตานี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวนันทามหัทธนนท์ หัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

นางสาวนันทามหัทธนนท์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมตานี โทร. 0-2218-1154

นายปฏิวัติ คดีโลก โทร. 08-4739-2404



**Subject:** Re: I would like to use your CKD-Symptom Burden Index (CKD-SBI).  
**From:** Hayfa Hamed A Al Mutary (hayfa.almutary@connect.qut.edu.au)  
**To:** pkadeelok@yahoo.com;  
**Date:** Tuesday, April 4, 2017 2:56 PM

Dear Kadeelok

It is good to know that you will use this comprehensive instrument to understand the symptom experience among patients with peritoneal dialysis. Definitely, you have my permission to use and translate the CKD-SBI into Thai language.

Good Luck in your study!

Yours sincerely,  
Hayfa Almutary  
Assistant Professor  
Faculty of Nursing  
King Abdulaziz University  
Jeddah, Saudi Arabia  
P. O. Box 4929, Jeddah 22246

On Apr 4, 2017, at 10:34 AM, PATIWAT KADEELOK <pkadeelok@yahoo.com> wrote:

Dear Hayfay Almutary,

My name is Mr. Patiwat Kadeelok, a graduate student from Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Located in Bangkok, Thailand. I am now working on the thesis with the topic of "Symptom experiences and symptom management strategies among ESRD patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis."

I am very interested in your article "Which patients with chronic kidney disease have the greatest symptom burden? A comparative study of advanced CKD stage and dialysis modality." which was published earlier in "Journal of Renal Care", Year 2016, Volume 42, No. 2, pp. 73-82.

I would like to request for your permission to use your CKD-SBI and to translate from English into Thai language.

Any suggestion, please fill free to let me know. I would be appreciated. I am looking forward to hearing from you soon.

Your sincerely,  
Patiwat Kadeelok, R.N.





1. เอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัย เอกสารคำชี้แจงและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับ  
กลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
254 อาคารจามจรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

---

COA No. 141/2560

**ใบรับรองโครงการวิจัย**

โครงการวิจัยที่ 111.1/60 : การศึกษาประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วย  
โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

ผู้วิจัยหลัก : นายปฏิวัติ คดีโลก

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice  
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทัดตนประดิษฐ์)  
ประธาน

ลงนาม.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)  
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 17 กรกฎาคม 2560      วันหมดอายุ : 16 กรกฎาคม 2561

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย..... 111.1/60  
วันที่รับรอง..... 17 ก.ค. 2560  
วันหมดอายุ..... 16 ก.ค. 2561

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

AF 04-07

**ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**

ชื่อโครงการวิจัย “การศึกษาประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง  
ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง”

ชื่อผู้วิจัย นายปฏิวัติ คดีโลก

ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์  
มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี 131/5 ถนนขาว แขวงวชิระ เขตดุสิต กทม 10300  
(ที่บ้าน) แม่น้ำแมนชั่น ห้อง 706 ซอยเจริญกรุง 72/2 ถนนเจริญกรุง แขวงวัดพระยาไกร  
เขตบางคอแหลม กรุงเทพมหานคร 10120

โทรศัพท์มือถือ 08-4739-2404 E-mail: pkadeelok@yahoo.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่าน  
ควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้  
อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไมชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วย  
โรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

3. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

3.1 ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เกณฑ์การคัดเลือก และเกณฑ์การคัดออก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่เข้ามา  
รับบริการ ณ หน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขต  
กรุงเทพมหานคร 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลเลิดสิน ศูนย์ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาล  
บ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) สาขาพัฒนาการ และศูนย์ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การ  
มหาชน) สาขาเจริญกรุง

เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) อายุระหว่าง 20-59 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไต  
เรื้อรัง มีระดับค่าอัตราการกรองของไตระดับต่ำ 3) ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมาเป็น  
ระยะเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ 4) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ และสามารถบอกอาการได้ด้วย  
ตนเอง และ 5) ยินดีและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก คือ ผู้ป่วยขอถอนความยินยอมในระหว่างการตอบแบบสอบถาม

3.2 มีจำนวนทั้งหมด 380 คน

3.3 ท่านได้รับเชิญเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เพราะท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่ง  
ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

4. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการขอให้เป็นผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 3 ชุด คือ แบบบันทึก  
ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และแบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการ  
ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

4.2 ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที

เลขที่โครงการวิจัย..... 111.1/60  
วันที่รับรอง..... 17 ก.ค. 2560  
วันหมดอายุ..... 16 ก.ค. 2561





AF 04-07

- 4.3 ผู้วิจัยขออนุญาตจากผู้เข้าร่วมการวิจัยและทางโรงพยาบาลในการขอข้อมูลในเวชระเบียน
- 4.4 ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะเก็บเป็นความลับและจะทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ซึ่งข้อมูลจะนำเสนอเฉพาะในรูปแบบเชิงวิชาการและจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง
5. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 5.1 ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการให้ข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยรับทราบอย่างละเอียดและครบถ้วน หลังจากนั้นผู้วิจัยจะขอให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามแสดงความยินยอมในการอนุญาตให้ข้อมูลจากเวชระเบียนและการตอบแบบสอบถาม
- 5.2 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามและแนะนำวิธีการตอบแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย
6. ความเสี่ยงที่ร้ายแรงต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอาจจะมี เพราะงานวิจัยนี้เป็น การตอบแบบสอบถามและเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนเท่านั้น แต่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอาจจะเสียเวลาหรือเกิดความเครียดจากข้อความบางส่วนในแบบสอบถามได้ ดังนั้นในขณะที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยกำลังตอบแบบสอบถาม หากพบว่ามีความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น ผู้วิจัยจะให้ความช่วยเหลือ แนะนำ และรายงานความผิดปกติดังกล่าวให้แพทย์และพยาบาลที่รับผิดชอบทราบ เพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป
7. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการวิจัยในครั้งนี้ แต่ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในอนาคตต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เพราะผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลสำหรับประเมินอาการและส่งเสริมการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
8. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน
9. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว
10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน
11. งานวิจัยเรื่องนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แต่ผู้วิจัยขอมอบของที่ระลึกเป็นปากกาและสมุดให้สำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ โทรสาร 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th



เลขที่โครงการวิจัย... 111-1/60  
วันที่รับรอง... 17 ก.ค. 2560  
วันหมดอายุ... 16 ก.ค. 2561

AF05-07

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย "การศึกษาประสบการณ์การมีอาหารและกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง  
ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง"

ชื่อผู้วิจัย นายปฏิวัติ คดีโลก

ที่อยู่ติดต่อ

(ที่ทำงาน) ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์

มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี 131/5 ถนนขาว แขวงวชิระ เขตดุสิต กทม 10300

(ที่บ้าน) แม่น้ำแมนชั่น ห้อง 706 ซอยเจริญกรุง 72/2 ถนนเจริญกรุง แขวงวัดพระยาไกร

เขตบางคอแหลม กรุงเทพมหานคร 10120

โทรศัพท์มือถือ 08-4739-2404 E-mail: pkadeelok@yahoo.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ  
ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้  
อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดี  
ดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดย  
ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนของข้าพเจ้าและข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามทั้งหมด  
3 ชุด คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และแบบสอบถาม  
กลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ใช้เวลาในการตอบ  
แบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะต้องถูกทำลาย  
ทันที

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการ  
ถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้นและไม่ทำให้ข้าพเจ้าสูญเสีย  
ประโยชน์ที่พึงได้รับและไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ  
วิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็น  
ภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า  
สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์



ชื่อที่โครงการวิจัย.....  
วันที่รับรอง.....  
วันที่ทำ.....  
วันที่อนุมัติ.....

ปรับปรุงเมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2560



AF05-07

มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



เลขที่โครงการวิจัย ท.1160

วันที่รับรอง 17 ก.ค. 2560


วันหมดอายุ 16 ก.ค. 2561

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

2. เอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลตำรวจ



โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ  
๔๙๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
โดยคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง... ๓๖๐/๒๕๖๐...

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	การศึกษาประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	A study of symptom experiences and symptom management strategies among end stage renal disease patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	ปฎิวัติ คดีโลก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงร่างการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๐ (Version 1.0 Date 26 June 2560) (ฉบับภาษาไทย) ๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอมฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๐ (Version 1.0 Date 26 June 2560) (ฉบับภาษาไทย) ๓. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๐ (Version 1.0 Date 26 June 2560) (ฉบับภาษาไทย) ๔. อัตตประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๐
วันที่หมดอายุ	๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๑


หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ  
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

พันตำรวจเอกหญิง... พินิต รัตนสุมาวงศ์ ..... (พินิต รัตนสุมาวงศ์)  
 รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย  
 โรงพยาบาลตำรวจ

พันตำรวจเอก... อนันต์ สุวรรณเทวะคุปต์ ..... (อนันต์ สุวรรณเทวะคุปต์)  
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย  
 โรงพยาบาลตำรวจ



### 3. เอกสารอนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากศูนย์ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)



ที่ ศธ 0512.11/0940

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

8 มิถุนายน 2560


เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

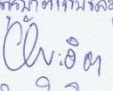
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

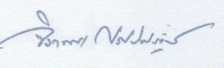
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายปฏิวัติ คดีโลก นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง อายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 50 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถาม The CKD Symptom Burden Index (CKD-SBI) และแบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายปฏิวัติ คดีโลก ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

 **โรงพยาบาลบ้านแพ้ว**  
(องค์การมหาชน)  
BAN PHAEO HOSPITAL  
ต.บ้านแพ้ว อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร

  
(ศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

15 มิถุนายน 2560

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาล  
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154  
อาจารย์ที่ปรึกษา ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี โทร. 0-2218-1154  
ขोनิสิต นายปฏิวัติ คดีโลก โทร. 08-4739-2404

ที่ ศบ 0512.11/ 0943



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

8 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายปฏิวัติ คดีโลก นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาประสบการณ์การมีอาการและกลวิธี การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง แบบต่อเนื่อง อายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 380 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถาม The CKD Symptom Burden Index (CKD-SBI) และแบบสอบถามกลวิธีจัดการอาการอาการของผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายปฏิวัติ คดีโลก ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้



โรงพยาบาลบ้านแพ้ว  
(องค์การมหาชน)  
BANPHAEO HOSPITAL  
สุพรรณบุรี

Dr. อาน  
(แพทย์หญิงมีมะลิต ดิงลิมา)

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

หัวหน้าศูนย์วิจัยไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลภคินทร

สาขาต่อมหมวกไต, สาขากระดูก

และศูนย์วิจัยไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลภคินทร สาขากระดูก

สาขาต่อมไทรอยด์ และ สาขา ศัลยกรรม

สำนักงานผู้อำนวยการ

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต นายปฏิวัติ คดีโลก โทร. 08-4739-2404





### แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง “การศึกษาประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง”

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามการวิจัย โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนของแบบสอบถามและตอบคำถามทุกข้อให้ตรงกับความจริงมากที่สุด โดยแบบสอบถามการวิจัยนี้มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่งมา ณ โอกาสนี้ สำหรับการให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

นายปวิวัติ คดีโลก

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วันที่เก็บข้อมูล.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล**

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนของท่านเป็นผู้กรอกข้อมูลจำนวน 7 ข้อ และส่วนของผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลจำนวน 6 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หรือเติมคำลงในช่องว่างในแต่ละข้อ ให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

**ข้อ 1-7 สำหรับท่านเป็นผู้กรอกข้อมูล**

1. เพศ

 ชาย       หญิง

2. อายุ

..... ปี (เต็ม)

3. ศาสนา

 พุทธ       คริสต์       อิสลาม  
 อื่นๆ ระบุ.....

4. สถานภาพสมรส

 โสด       คู่       หม้าย  
 หย่าร้าง       แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษา

 ไม่ได้ศึกษา       อนุปาล  
 ประถมศึกษา       มัธยมศึกษา  
 ปวส/ปวช/อนุปริญญา      ปริญญาตรี  
 ปริญญาโท       ปริญญาเอก  
 อื่นๆ ระบุ.....

6. อาชีพ

 ไม่ได้ทำงาน       รับจ้าง       ค้าขาย  
 เกษตรกร       รับราชการ       พนักงานบริษัท  
 อื่นๆ (ระบุ).....

7. รายได้.....บาท/เดือน

**ข้อ 8-12 สำหรับผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล (เก็บจากเวชระเบียน)**

8. สิทธิการรักษา

- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า       ประกันสังคม       ต้นสังกัด  
 ประกันชีวิต       ชำระเงินเอง       อื่นๆ (ระบุ).....

9. การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

- 9.1 ท่านล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลา.....สัปดาห์  
 9.2 ชนิดของน้ำยาล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง คือ.....  
 9.3 ปริมาณของน้ำยาล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เท่ากับ.....ซีซี/วัน  
 9.4 ความถี่ในการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง.....ครั้ง/วัน

10. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- 10.1 ระดับ FBS เท่ากับ.....  
 10.2 ระดับ Cholesterol เท่ากับ.....  
 10.3 ระดับ Triglyceride เท่ากับ.....  
 10.4 ระดับ Sodium เท่ากับ.....  
 10.5 ระดับ Potassium เท่ากับ.....  
 10.6 ระดับ Calcium เท่ากับ.....  
 10.7 ระดับ Phosphate เท่ากับ.....  
 10.8 ระดับ BUN เท่ากับ.....  
 10.9 ระดับ Creatinine เท่ากับ.....  
 10.10 ระดับ Albumin เท่ากับ.....  
 10.11 ระดับ Hemoglobin เท่ากับ.....  
 10.12 ระดับ Hematocrit เท่ากับ.....  
 10.13 ระดับ Kt/Vurea เท่ากับ.....

11. โรคที่เป็นร่วมกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย คือ .....

.....  
 .....

12. ยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน คือ .....

.....  
 .....

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับอาการทางด้านร่างกายและด้านจิตใจที่อาจพบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องทั้งหมด 32 ข้อ กรุณาอ่านแต่ละข้ออย่างตั้งใจ หลังจากนั้นให้ท่านทำเครื่องหมาย (O) ล้อมรอบตัวเลขที่เหมาะสมมากที่สุดเพียงตัวเลขเดียวเท่านั้น เกณฑ์การเลือกตอบมีดังนี้

**ความถี่ของอาการ** ท่านสามารถระบุระดับความถี่ของอาการได้ตั้งแต่ “0” คือ ไม่มีอาการเกิดขึ้นเลย ไปจนถึง “10” คือ มีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลา

**ความรุนแรงของอาการ** ท่านสามารถระบุระดับความรุนแรงของอาการได้ตั้งแต่ “0” คือ ไม่มีความรุนแรงเลย ไปจนถึง “10” คือ มีความรุนแรงมาก

**ความทุกข์ทรมานของอาการ** ท่านสามารถระบุระดับความทุกข์ทรมานของอาการได้ตั้งแต่ “0” คือ ไม่มีความทุกข์ทรมานเลย ไปจนถึง “10” คือ มีความทุกข์ทรมานมาก



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ต่อ)

ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการต่อไปนี้หรือไม่	ไม่มี	ถ้ามี อาการนี้มีความถี่ของการเกิด มากน้อยเพียงใด จากระดับความถี่ 0-10 0 = ไม่มีอาการเกิดขึ้นเลย 10 = อาการเกิดขึ้นตลอดเวลา	ถ้ามี อาการนี้มีความรุนแรง มากน้อยเพียงใด จากระดับความรุนแรง 0-10 0 = ไม่มีความรุนแรงเลย 10 = มีความรุนแรงมาก	ถ้ามี อาการนี้ทำให้ท่านทุกข์ทรมาน มากน้อยเพียงใด จากระดับความทุกข์ทรมาน 0-10 0 = ไม่มีความทุกข์ทรมานเลย 10 = มีความทุกข์ทรมานมาก
1. ท้องผูก	ไม่มี มี ->	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. คลื่นไส้	ไม่มี มี ->	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. อาเจียน	ไม่มี มี ->	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
.				
.				
.				
อื่นๆ: _____		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

#### ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 34 ข้อ ให้ท่านทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด เกณฑ์การเลือกตอบมีดังนี้

#### การเลือกปฏิบัติกลวิธีการจัดการอาการ คือ

“ไม่ปฏิบัติ” หมายถึง ไม่เลือกใช้กลวิธีการจัดการอาการในข้อนั้น

“ปฏิบัติ” หมายถึง เลือกใช้กลวิธีการจัดการอาการในข้อนั้น

#### ประสิทธิผลของกลวิธีการจัดการอาการ คือ

“ไม่ได้ผล” หมายถึง ไม่มีผลในการจัดการกับอาการเลย

“เล็กน้อย” หมายถึง มีผลในการจัดการกับอาการเล็กน้อย

“ปานกลาง” หมายถึง มีผลในการจัดการกับอาการปานกลาง

“มาก” หมายถึง มีผลในการจัดการกับอาการมาก

“มากที่สุด” หมายถึง มีผลในการจัดการกับอาการมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกลวิธีจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (ต่อ)

กลวิธีจัดการอาการ	การเลือกปฏิบัติ		ประสิทธิผล				
	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ได้ผล	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง							
2. ใช้วิธีการทางการแพทย์ที่บ้าน เช่น ฝังเข็ม นวดแผนไทย ยาสมุนไพร							
3. ไปพบแพทย์ที่นั่นเมื่อมีอาการ							
.							
.							
.							
อื่นๆ ระบุ.....							





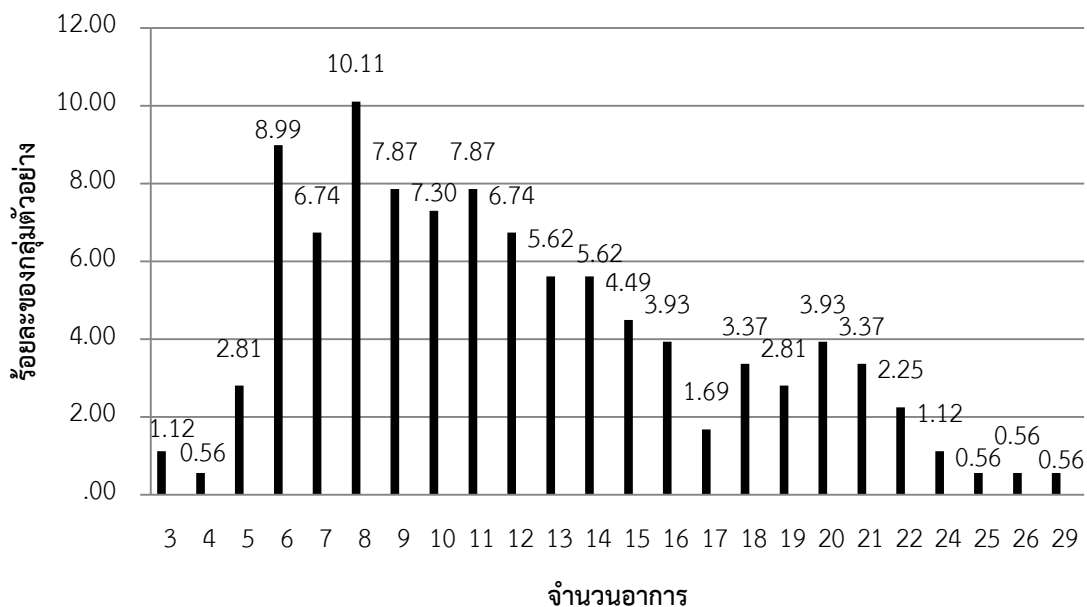
### การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการ

ภาพที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตามจำนวนอาการ (n =178 คน)

SymAll					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3.00	2	1.1	1.1	1.1
	4.00	1	.6	.6	1.7
	5.00	5	2.8	2.8	4.5
	6.00	16	9.0	9.0	13.5
	7.00	12	6.7	6.7	20.2
	8.00	18	10.1	10.1	30.3
	9.00	14	7.9	7.9	38.2
	10.00	13	7.3	7.3	45.5
	11.00	14	7.9	7.9	53.4
	12.00	12	6.7	6.7	60.1
	13.00	10	5.6	5.6	65.7
	14.00	10	5.6	5.6	71.3
	15.00	8	4.5	4.5	75.8
	16.00	7	3.9	3.9	79.8
	17.00	3	1.7	1.7	81.5
	18.00	6	3.4	3.4	84.8
	19.00	5	2.8	2.8	87.6
	20.00	7	3.9	3.9	91.6
	21.00	6	3.4	3.4	94.9
	22.00	4	2.2	2.2	97.2
	24.00	2	1.1	1.1	98.3
	25.00	1	.6	.6	98.9
	26.00	1	.6	.6	99.4
	29.00	1	.6	.6	100.0
	Total	178	100.0	100.0	

จากภาพที่ 3 พบว่า จำนวนอาการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีการรับรู้ที่น้อยที่สุด คือ 3 อาการ และมากที่สุด 29 อาการ ซึ่งจำนวนอาการเฉลี่ยที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเท่ากับ 12.08 อาการ (SD = 5.25) เมื่อจำแนกตามจำนวนอาการ พบว่า จำนวนอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุด 5 อันดับแรกในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง คือ 8 อาการ (ร้อยละ 10.11) รองลงมา คือ 6 อาการ, 9 อาการ, 11 อาการ, 10 อาการ 7 อาการ และ 12 อาการ (ร้อยละ 8.99, 7.87, 7.87, 7.30, 6.74, และ 6.74 ตามลำดับ) แสดงเป็นแผนภูมิได้ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 4 แผนภูมิแสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตามจำนวนการเกิดอาการ (n = 178)



จากภาพที่ 4 พบว่า จำนวนอาการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีการรับรู้ที่น้อยที่สุด คือ 3 อาการ และมากที่สุด 29 อาการ ซึ่งพบว่าจำนวนอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุด 5 อันดับแรกในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง คือ 8 อาการ (ร้อยละ 10.11) รองลงมา คือ 6 อาการ, 9 อาการ, 11 อาการ, 10 อาการ 7 อาการ และ 12 อาการ (ร้อยละ 8.99, 7.87, 7.87, 7.30, 6.74, และ 6.74 ตามลำดับ)

ผู้วิจัยนำอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องทั้งหมด 32 อาการ มาจัดเข้ากลุ่มอาการตามการศึกษาของ Almutary et al. (2016) ทั้งหมด 5 กลุ่มอาการ รวมทั้งอาการอื่นที่ไม่ได้ปรากฏในกลุ่มอาการ ดังนี้

**ตารางที่ 16** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตามกลุ่มอาการ (ตอบได้มากกว่า 1 กลุ่มอาการ) (n = 178 คน)

กลุ่มอาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. อาการผิดปกติของปริมาตรน้ำ (fluid volume symptoms)	177	99.40
2. อาการระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (neuromuscular symptoms)	144	80.90
3. อาการระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal symptoms)	127	71.40
4. อาการด้านจิตใจ (psychological symptoms)	124	69.70
5. อาการผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ (sexual symptoms)	37	20.80
6. อาการอื่นๆ ที่ไม่ได้ปรากฏในกลุ่มอาการ	161	90.50

จากตารางที่ 16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีการรับรู้อาการในกลุ่มอาการผิดปกติของปริมาตรน้ำมากที่สุด ร้อยละ 99.40 รองลงมา คือ กลุ่มอาการระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 80.90 กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 71.40 กลุ่มอาการด้านจิตใจ ร้อยละ 69.70 และกลุ่มอาการผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 20.80 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการอื่นๆ ที่ไม่ได้ปรากฏในกลุ่มอาการ ร้อยละ 90.50

**ตารางที่ 17** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของการรับรู้อาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ) (n = 178 คน)

กลุ่มอาการ	มิติ			
	การเกิดอาการ	ความถี่	ความรุนแรง	ความทุกข์ทรมาน
	จำนวน (%)	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
<b>1. อาการผิดปกติของปริมาตรน้ำ</b>	<b>177 (99.40)</b>			
ประกอบด้วย 11 อาการย่อย คือ				
1.1 ผิวแห้ง	139 (78.10)	7.65 $\pm$ 2.83	3.14 $\pm$ 2.80	2.12 $\pm$ 2.15
1.2 คั้น	113 (63.50)	6.32 $\pm$ 2.65	5.04 $\pm$ 2.76	4.75 $\pm$ 2.60
1.3 ชาบวม	99 (55.60)	6.89 $\pm$ 2.78	3.76 $\pm$ 2.91	2.97 $\pm$ 2.61
1.4 ไอ	95 (53.40)	4.93 $\pm$ 2.55	3.60 $\pm$ 2.89	2.91 $\pm$ 2.56
1.5 เวียนศีรษะ	87 (48.90)	4.51 $\pm$ 2.42	3.99 $\pm$ 2.68	3.57 $\pm$ 2.62
1.6 ปากแห้ง	82 (46.10)	5.32 $\pm$ 2.80	2.05 $\pm$ 1.83	1.67 $\pm$ 1.42
1.7 ปวดศีรษะ	61 (34.30)	3.92 $\pm$ 2.33	3.89 $\pm$ 2.60	3.64 $\pm$ 2.61
1.8 ปวดกระดูกหรือข้อ	60 (33.70)	5.32 $\pm$ 3.35	4.92 $\pm$ 3.32	4.68 $\pm$ 3.47
1.9 หายใจลำบาก	45 (25.30)	5.00 $\pm$ 2.71	3.76 $\pm$ 2.35	3.42 $\pm$ 2.71
1.10 ไม่มีสมาธิ	33 (18.50)	4.27 $\pm$ 2.43	3.09 $\pm$ 2.83	2.67 $\pm$ 2.72
1.11 เจ็บแน่นหน้าอก	29 (16.30)	4.28 $\pm$ 2.30	3.79 $\pm$ 2.62	3.45 $\pm$ 2.87
<b>2. อาการระบบประสาทและกล้ามเนื้อ</b>	<b>144 (80.90)</b>			
ประกอบด้วย 3 อาการย่อย คือ				
2.1 ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	106 (59.60)	5.56 $\pm$ 2.64	4.51 $\pm$ 2.90	4.17 $\pm$ 2.96
2.2 ตะคริว	78 (43.80)	4.62 $\pm$ 2.65	4.56 $\pm$ 2.93	4.31 $\pm$ 3.00
2.3 ชาหรือเป็นเหน็บที่เท้า	65 (36.50)	6.74 $\pm$ 3.04	4.11 $\pm$ 2.63	3.48 $\pm$ 2.67
<b>3. อาการระบบทางเดินอาหาร</b>	<b>127 (71.40)</b>			
ประกอบด้วย 4 อาการย่อย คือ				
3.1 ความอยากอาหารลดลง	80 (44.90)	5.44 $\pm$ 2.46	2.89 $\pm$ 2.48	2.31 $\pm$ 2.12
3.2 คลื่นไส้	74 (41.60)	4.05 $\pm$ 2.11	2.89 $\pm$ 2.22	2.42 $\pm$ 2.20
3.3 อาเจียน	43 (24.20)	3.81 $\pm$ 2.22	3.40 $\pm$ 2.44	3.12 $\pm$ 2.55
3.4 ท้องเสีย	39 (21.90)	3.18 $\pm$ 2.44	3.13 $\pm$ 2.98	2.90 $\pm$ 2.80

ตารางที่ 17 (ต่อ)

กลุ่มอาการ	มิติ			
	การเกิดอาการ	ความถี่	ความรุนแรง	ความทุกข์ทรมาน
	จำนวน (%)	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
<b>4. อาการด้านจิตใจ</b>	<b>124 (69.70)</b>			
ประกอบด้วย 6 อาการย่อย คือ				
4.1 รู้สึกหงุดหงิด/โมโหง่าย	86 (48.30)	4.79 $\pm$ 2.44	3.23 $\pm$ 2.66	2.33 $\pm$ 2.38
4.2 กลุ้มใจ	80 (44.90)	5.08 $\pm$ 2.43	2.96 $\pm$ 2.80	2.70 $\pm$ 2.87
4.3 รู้สึกวิตกกังวล	62 (34.80)	4.85 $\pm$ 2.14	2.89 $\pm$ 2.48	2.73 $\pm$ 2.64
4.4 รู้สึกกระสับกระส่าย	44 (24.70)	4.82 $\pm$ 2.46	3.23 $\pm$ 2.58	3.14 $\pm$ 2.80
4.5 รู้สึกเสียใจ	39 (21.90)	3.87 $\pm$ 2.48	3.03 $\pm$ 2.69	2.82 $\pm$ 2.62
4.6 ซึมเศร้า	34 (19.10)	5.15 $\pm$ 2.65	3.31 $\pm$ 2.92	3.15 $\pm$ 2.95
<b>5. อาการผิดปกติทางเพศสัมพันธ์</b>	<b>37 (20.80)</b>			
ประกอบด้วย 2 อาการย่อย คือ				
5.1 สนใจกิจกรรมทางเพศลดลง	32 (18.00)	6.66 $\pm$ 2.82	1.81 $\pm$ 2.29	1.45 $\pm$ 1.80
5.2 ไม่มีอารมณ์ทางเพศ	31 (17.40)	6.10 $\pm$ 3.17	1.71 $\pm$ 1.97	1.38 $\pm$ 1.72
<b>6. อาการอื่นๆ ที่ไม่ได้ปรากฏในกลุ่มอาการ</b>	<b>161(90.50)</b>			
มีทั้งหมด 6 อาการ คือ				
6.1 รู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีแรง	127 (71.30)	5.54 $\pm$ 2.41	3.37 $\pm$ 2.55	3.07 $\pm$ 2.73
6.2 นอนไม่หลับ	99 (55.60)	6.35 $\pm$ 2.56	3.68 $\pm$ 2.76	3.61 $\pm$ 2.98
6.3 ตื่นกลางดึก	54 (30.30)	5.78 $\pm$ 2.91	3.43 $\pm$ 3.15	3.13 $\pm$ 3.39
6.4 ขากระตุก	23 (12.90)	4.39 $\pm$ 2.74	2.61 $\pm$ 2.48	2.35 $\pm$ 2.25
6.5 ท้องผูก	72 (40.40)	5.78 $\pm$ 3.02	1.94 $\pm$ 1.53	1.71 $\pm$ 1.45
6.6 ปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน	39 (21.90)	5.77 $\pm$ 3.23	2.41 $\pm$ 2.19	2.18 $\pm$ 2.10

จากตารางที่ 17 เมื่อนำอาการที่เกิดขึ้นทั้งหมด 32 อาการในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมาจัดเข้ากลุ่มอาการตามการศึกษาของ Almutary et al. (2016) ทั้งหมด 5 กลุ่มอาการ รวมทั้งอาการอื่นที่ไม่ได้ปรากฏในกลุ่มอาการ พบว่า

1. กลุ่มอาการผิดปกติของปริมาตรน้ำ ประกอบด้วย 11 อาการย่อย คือ ผิวแห้ง คัน ขาบวม ไอ เวียนศีรษะ ปากแห้ง ปวดศีรษะ ปวดกระดูกหรือข้อ หายใจลำบาก ไม่มีสมาธิ และเจ็บแน่นหน้าอก เมื่อวิเคราะห์ตามการรับรู้อาการใน 4 มิติ พบว่า ผิวแห้งเป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการ ในมิติการเกิดอาการและมิติความถี่มากที่สุด ส่วนคันเป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการในมิติความรุนแรงและความทุกข์ทรมานมากที่สุด

2. กลุ่มอาการระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ประกอบด้วย 3 อาการย่อย คือ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ตะคริว และชาหรือเป็นเหน็บที่เท้า เมื่อวิเคราะห์ตามการรับรู้อาการใน 4 มิติ พบว่า ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการในมิติการเกิดอาการมากที่สุด ชาหรือเป็นเหน็บที่เท้าเป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการในมิติความถี่มากที่สุด ส่วนตะคริวเป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการในมิติความรุนแรงและมิติความทุกข์ทรมานมากที่สุด

3. กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร ประกอบด้วย 4 อาการย่อย คือ ความอยากอาหารลดลง คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย เมื่อวิเคราะห์ตามการรับรู้อาการใน 4 มิติ พบว่า ความอยากอาหารลดลงเป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการในมิติการเกิดอาการและมิติความถี่มากที่สุด ส่วนอาเจียนเป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการในมิติความรุนแรงและมิติความทุกข์ทรมานมากที่สุด

4. กลุ่มอาการด้านจิตใจ ประกอบด้วย 6 อาการย่อย คือ รู้สึกหงุดหงิด/โมโหง่าย กลุ่มใจ รู้สึกวิตกกังวล รู้สึกกระสับกระส่าย รู้สึกเสียใจ และซึมเศร้า เมื่อวิเคราะห์ตามการรับรู้อาการใน 4 มิติ พบว่า รู้สึกหงุดหงิด/โมโหง่ายเป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการในมิติการเกิดอาการมากที่สุด ส่วนซึมเศร้าเป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการใน มิติความถี่ มิติความรุนแรงและมิติความทุกข์ทรมานมากที่สุด

5. กลุ่มอาการผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย 2 อาการย่อย คือ สนใจกิจกรรมทางเพศลดลง และไม่มีอารมณ์ทางเพศ เมื่อวิเคราะห์ตามการรับรู้อาการใน 4 มิติ พบว่า สนใจกิจกรรมทางเพศลดลงเป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการในมิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรงและมิติความทุกข์ทรมานมากที่สุด

6. อาการอื่นๆ ที่ไม่ได้ปรากฏในกลุ่มอาการ มีทั้งหมด 6 อาการ คือ รู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีเรงนอนไม่หลับ ตื่นกลางดึก ขากระตุก ท้องผูก และปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน เมื่อวิเคราะห์ตามการรับรู้อาการใน 4 มิติ พบว่า รู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีเรงเป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการในมิติการเกิดอาการมากที่สุด นอนไม่หลับเป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการในมิติความถี่ มิติความรุนแรงและมิติความทุกข์ทรมานมากที่สุด

**ตารางที่ 18** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตาม จำนวนอาการที่เกิดขึ้น (n = 178 คน)

จำนวนอาการที่เกิดขึ้น	จำนวน (คน)		
	เพศชาย (n = 88) (%)	เพศหญิง (n = 90) (%)	รวม (n = 178)(%)
<b>1. อาการผิดปกติของปริมาตรน้ำ</b>	88 (49.40)	89 (50.00)	<b>177 (99.40)</b>
จำนวน 1 อาการ	3 (1.70)	2 (1.10)	5 (2.80)
จำนวน 2 อาการ	11 (6.20)	3 (1.70)	14 (7.90)
จำนวน 3 อาการ	21 (11.80)	13 (7.30)	34 (19.10)
จำนวน 4 อาการ	16 (9.00)	21 (11.80)	37 (20.80)
จำนวน 5 อาการ	15 (8.40)	20 (11.30)	35 (19.70)
จำนวน 6 อาการ	6 (3.40)	10 (5.60)	16 (9.00)
จำนวน 7 อาการ	7 (3.90)	5 (2.80)	12 (6.70)
จำนวน 8 อาการ	5 (2.80)	11 (6.20)	16 (9.00)
จำนวน 9 อาการ	2 (1.10)	2 (1.10)	4 (2.20)
จำนวน 10 อาการ	2 (1.10)	1 (0.60)	3 (1.70)
จำนวน 11 อาการ	-	1 (0.60)	1 (0.60)
<b>2. อาการระบบประสาทและกล้ามเนื้อ</b>	72 (40.45)	72 (40.45)	<b>144 (80.90)</b>
จำนวน 1 อาการ	31 (17.42)	31 (17.42)	62 (34.83)
จำนวน 2 อาการ	27 (15.17)	31 (17.42)	58 (32.58)
จำนวน 3 อาการ	14 (7.87)	10 (5.62)	24 (13.48)
<b>3. อาการระบบทางเดินอาหาร</b>	58 (32.58)	69 (38.76)	<b>127 (71.35)</b>
จำนวน 1 อาการ	30 (16.85)	28 (15.73)	58 (32.58)
จำนวน 2 อาการ	20 (11.24)	17 (9.55)	37 (20.79)
จำนวน 3 อาการ	6 (3.37)	18 (10.11)	24 (13.48)
จำนวน 4 อาการ	2 (1.12)	6 (3.37)	8 (4.49)
<b>4. อาการด้านจิตใจ</b>	58 (32.58)	69 (38.76)	<b>127 (71.35)</b>
จำนวน 1 อาการ	30 (16.85)	28 (15.73)	58 (32.58)
จำนวน 2 อาการ	20 (11.24)	17 (9.55)	37 (20.79)
จำนวน 3 อาการ	6 (3.37)	18 (10.11)	24 (13.48)
จำนวน 4 อาการ	2 (1.12)	6 (3.37)	8 (4.49)
<b>5. อาการผิดปกติทางเพศสัมพันธ์</b>	31 (17.42)	6 (3.37)	<b>37 (20.79)</b>
จำนวน 1 อาการ	8 (4.49)	3 (1.69)	11 (6.18)
จำนวน 2 อาการ	23 (12.92)	3 (1.69)	26 (14.61)



ตารางที่ 18 (ต่อ)

จำนวนอาการที่เกิดขึ้น	จำนวน (คน)		
	เพศชาย (n = 88) (%)	เพศหญิง (n = 90) (%)	รวม (n = 178)(%)
6. อาการอื่นๆ ที่ไม่ได้ปรากฏในกลุ่มอาการ	79 (44.38)	82 (46.07)	161 (90.45)
จำนวน 1 อาการ	16 (8.99)	21 (11.80)	37 (20.79)
จำนวน 2 อาการ	27 (15.17)	21 (11.80)	48 (26.97)
จำนวน 3 อาการ	15 (8.43)	25 (14.04)	40 (22.47)
จำนวน 4 อาการ	12 (6.74)	10 (5.62)	22 (12.36)
จำนวน 5 อาการ	7 (3.93)	4 (2.25)	11 (6.18)
จำนวน 6 อาการ	2 (1.12)	1 (0.57)	3 (1.69)

จากตารางที่ 18 วิเคราะห์จำนวนอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละกลุ่มอาการ จำแนกตามเพศ พบว่า

1. กลุ่มอาการผิดปกติของปริมาตรน้ำ พบว่า จำนวนอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง คือ 4 อาการ (ร้อยละ 20.80) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า จำนวนอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุดในเพศชาย คือ 3 อาการ (ร้อยละ 11.80) ส่วนในเพศหญิง คือ 4 อาการ (ร้อยละ 11.80)

2. กลุ่มอาการระบบประสาทและกล้ามเนื้อ พบว่า จำนวนอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง คือ 1 อาการ (ร้อยละ 34.83) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า จำนวนอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุดในเพศชาย คือ 1 อาการ (ร้อยละ 17.42) ส่วนในเพศหญิง คือ 1 อาการ และ 2 อาการ (ร้อยละ 17.42 และ 17.42 ตามลำดับ)

3. กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร พบว่า จำนวนอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง คือ 1 อาการ (ร้อยละ 32.58) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า จำนวนอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุดในเพศชาย คือ 1 อาการ (ร้อยละ 16.85) ส่วนในเพศหญิง คือ 1 อาการ (ร้อยละ 15.73)

4. กลุ่มอาการด้านจิตใจ พบว่า จำนวนอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง คือ 1 อาการ (ร้อยละ 32.58) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า จำนวนอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุดในเพศชาย คือ 1 อาการ (ร้อยละ 16.85) ส่วนในเพศหญิง คือ 1 อาการ (ร้อยละ 15.73)

5. กลุ่มอาการผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ พบว่า จำนวนอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง คือ 2 อาการ (ร้อยละ 14.61) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า จำนวนอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุดในเพศชาย คือ 2 อาการ (ร้อยละ 12.92) ส่วนในเพศหญิง คือ 1 อาการ และ 2 อาการ (ร้อยละ 1.69 และ 1.69 ตามลำดับ)

6. อาการอื่นๆ ที่ไม่ได้ปรากฏในกลุ่มอาการ พบว่า จำนวนอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง คือ 2 อาการ (ร้อยละ 26.97) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า จำนวนอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุดในเพศชาย คือ 2 อาการ (ร้อยละ 15.17) ส่วนในเพศหญิง คือ 3 อาการ (ร้อยละ 14.04)



### การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการ

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในการเลือกปฏิบัติกลวิธีการจัดการอาการ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประสิทธิผลของกลวิธีการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

อาการ	การจัดการอาการ	การเลือกปฏิบัติ		ประสิทธิผล		
		n	%	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. ผิวแห้ง (139 คน)	ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น	120	86.30	3.95	0.58	มาก
	อดทน รอดูอาการ	78	56.10	3.19	0.85	ปานกลาง
2. รู้สึก เหนื่อย หรือไม่มี แรง (127 คน)	นั่ง/นอนพักผ่อน	123	96.90	3.86	0.79	มาก
	ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง	113	89.00	3.53	0.77	มาก
	อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ	108	85.00	3.49	0.76	ปานกลาง
	งีบหลับตอนกลางวัน	106	83.50	3.99	0.93	มาก
	ออกกำลังกายเบาๆ	47	37.00	3.38	0.77	ปานกลาง
	ทำงานอดิเรก	19	15.00	3.00	0.58	ปานกลาง
	จิบน้ำหวาน	5	3.90	4.00	0.00	มาก
3. คับ (113 คน)	หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง	110	97.30	3.73	0.82	มาก
	หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ	107	94.70	3.67	0.74	มาก
	หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	106	93.80	3.81	0.75	มาก
	รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ	102	90.30	3.77	0.64	มาก
	หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม	99	87.60	3.79	0.77	มาก
	ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น	91	80.50	3.90	0.67	มาก
	เกาหรือลูบ	70	61.90	4.04	0.49	มาก
	ซื้อยามารับประทาน/ทาเอง	48	42.50	3.85	0.55	มาก
	ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	5	4.40	3.20	0.84	ปานกลาง
	เช็ดแอลกอฮอล์	1	0.90	3.00	-	ปานกลาง
4. ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ (106 คน)	นั่ง/นอนพักผ่อน	102	96.20	3.79	0.81	มาก
	นวด/กดบริเวณที่มีอาการ	76	71.70	3.62	0.86	มาก
	อดทนรอดูอาการ	63	59.40	2.92	0.94	ปานกลาง
	ยกขาสูง 45 องศา	45	42.50	3.80	0.69	มาก
	ขยับตัว	16	15.10	3.81	0.54	มาก
	ใช้วิธีทางการแพทย์ที่บ้าน	15	14.20	3.33	0.98	ปานกลาง
	ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	4	3.80	4.25	0.96	มาก

ตารางที่ 19 (ต่อ)

อาการ	การจัดการอาการ	การเลือกปฏิบัติ		ประสิทธิผล		
		n	%	$\bar{X}$	SD	แปลผล
5. ชาบวม (99 คน)	รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ	98	99.00	3.78	0.67	มาก
	หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม	97	98.00	3.87	0.73	มาก
	หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง	97	98.00	3.77	0.74	มาก
	หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ	96	97.00	3.68	0.70	มาก
	หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	93	93.90	3.81	0.70	มาก
	ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	87	87.90	4.00	0.76	มาก
	ลดปริมาณน้ำดื่มในมือถัดไป	54	54.50	3.67	0.78	มาก
	ไปพบแพทย์ทันที	53	53.50	4.00	0.68	มาก
	ยกขาสูง 45 องศา	52	52.50	3.81	0.66	มาก
	ใช้น้ำยา 4.25% dextrose	24	24.20	4.42	0.50	มาก
	ใช้น้ำยา 2.5% dextrose	3	3.00	4.33	0.58	มาก
	เพิ่มรอบในการล้างไต	3	3.00	4.00	0.00	มาก
6. นอนไม่ หลับ (99 คน)	ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง	87	87.90	3.51	0.76	มาก
	อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ	80	80.80	3.46	0.75	ปานกลาง
	อ่านหนังสือธรรมะ/ทำสมาธิ	48	48.50	3.75	0.67	มาก
	พยายามข่มตาให้นอนหลับ	13	13.10	3.77	0.44	มาก
	ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	7	7.10	4.00	1.16	มาก
	ละหมาด/อ่านคัมภีร์	2	2.00	4.50	0.71	มาก
	เล่นโทรศัพท์มือถือ	2	2.00	3.50	0.71	มาก
	อ่านหนังสือ	1	1.00	3.00	-	ปานกลาง
7. ไอ (95 คน)	จิบน้ำอุ่น	16	16.80	4.13	0.34	มาก
	จิบน้ำผึ้งผสมมะนาว	3	3.20	3.67	0.58	มาก
	ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	3	3.20	3.00	1.00	ปานกลาง
	หลีกเลี่ยงอาหารทอด/มัน	1	1.10	4.00	-	มาก
8. เวียน ศีรษะ (87 คน)	นั่ง/นอนพักผ่อน	85	97.70	3.82	0.86	มาก
	อดทน รอดูอาการ	47	54.00	3.09	0.97	ปานกลาง
	ซื้อยามารับประทาน/ทาเอง	45	51.70	3.82	0.54	มาก
	ดมยาดม	20	23.00	4.20	0.41	มาก

ตารางที่ 19 (ต่อ)

อาการ	การจัดการอาการ	การเลือกปฏิบัติ		ประสิทธิผล		
		n	%	$\bar{X}$	SD	แปลผล
9. รู้สึก หงุดหงิด/ โมโหง่าย (86 คน)	ระบายความรู้สึก	60	69.80	3.63	0.86	มาก
	ออกกำลังกาย	35	40.70	3.20	0.76	ปานกลาง
	อยู่เงียบๆ คนเดียว	32	37.20	4.22	0.42	มาก
10. ปากแห้ง (82 คน)	อดทน รอคูอาการ	49	59.80	3.06	0.90	ปานกลาง
	จิบน้ำ	33	40.20	3.97	0.17	มาก
	ทาวาสลีน/ลิปสติก	31	62.20	4.00	0.00	มาก
	อมน้ำแข็งไว้ในปาก	29	35.40	3.76	0.91	มาก
11. ความอยาก อาหารลดลง (80 คน)	รับประทานอาหารที่มีกากใย	67	83.80	3.72	0.78	มาก
	เปลี่ยนเมนูอาหาร	33	41.30	4.03	0.39	มาก
	เปลี่ยนบรรยากาศในการ รับประทานอาหาร	31	38.80	2.94	0.96	ปานกลาง
	รับประทานอาหารเสริม	17	21.30	3.82	0.53	มาก
	ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	6	7.50	4.00	0.63	มาก
	พยายามฝืนรับประทาน	6	7.50	3.67	0.82	มาก
12. กลุ้มใจ (80 คน)	ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น	66	82.50	3.68	0.75	มาก
	พูดคุยระบายความรู้สึก	62	77.50	3.65	0.73	มาก
	สร้างกำลังใจให้ตนเอง	61	76.30	3.72	0.78	มาก
	อ่านหนังสือธรรมะ/ทำสมาธิ	33	41.30	3.85	0.62	มาก
	ทำงานอดิเรก	9	11.30	3.11	0.60	ปานกลาง
	เขียนไดอารี่	2	2.50	4.00	0.00	มาก
	ทำบุญ/ใส่บาตร	2	2.50	3.50	0.71	มาก
13. ตะคริว (78 คน)	เหยียด เกร็ง กระจกปลายเท้า	55	70.50	4.02	0.83	มาก
	นวด/กดบริเวณที่มีอาการ	55	70.50	3.56	0.94	มาก
	ยกขาสูง 45 องศา	32	41.00	3.78	0.79	มาก
	ลุกขึ้นยืน/เดิน	6	7.70	4.00	0.00	มาก
	ยืดขา	2	2.60	4.50	0.71	มาก
14. คลื่นไส้ (74 คน)	นั่ง/นอนพักผ่อน	71	95.90	3.79	0.77	มาก
	อดทน รอคูอาการ	49	66.20	2.98	0.92	ปานกลาง
	รับประทานอาหารที่มีรสเปรี้ยว	11	14.90	4.18	0.41	มาก
	ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	3	4.05	4.33	1.16	มาก

ตารางที่ 19 (ต่อ)

อาการ	การจัดการอาการ	การเลือกปฏิบัติ		ประสิทธิผล		
		n	%	$\bar{X}$	SD	แปลผล
15. ท้องผูก (72 คน)	ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	68	94.40	4.21	0.84	มาก
	รับประทานอาหารที่มีกากใย	67	93.10	3.70	0.74	มาก
16. ชาหรือเป็น เหน็บที่เท้า (65 คน)	เหยียด เกร็ง กระจกปลายเท้า	41	63.10	4.00	0.84	มาก
	ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	4	6.20	3.75	0.50	มาก
	ประคบร้อนไว้ที่ปลายเท้า	3	4.60	3.00	0.00	ปานกลาง
	แช่เท้ากับน้ำอุ่น	2	3.10	4.00	0.00	มาก
	ขยับขาหรือเท้า	1	1.50	4.00	-	มาก
17. รู้สึกวิตก กังวล (62 คน)	สร้างกำลังใจให้ตนเอง	51	82.30	3.84	0.67	มาก
	พูดคุยระบายความรู้สึกกับคน ใกล้ชิด	50	80.60	3.58	0.79	มาก
18. ปวดศีรษะ (61 คน)	นั่ง/นอนพักผ่อน	57	93.40	3.75	0.91	มาก
	ซื้อยามารับประทาน/ทาเอง	31	50.80	3.74	0.63	มาก
	อดทน รอดูอาการ	31	50.80	2.90	0.98	ปานกลาง
19. ปวดกระดูก หรือข้อ (60 คน)	ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	54	90.00	3.96	0.97	มาก
	ไปพบแพทย์ทันที	33	55.00	3.94	0.79	มาก
20. ตื่นกลางดึก (54 คน)	อดทน รอดูอาการ	37	68.50	2.73	0.96	ปานกลาง
	อ่านหนังสือธรรมะ/ทำสมาธิ	20	37.00	3.40	0.94	ปานกลาง
	พยายามข่มตาให้นอนหลับ	2	3.70	4.00	0.00	มาก
21. หายใจ ลำบาก (45 คน)	นั่ง/นอนพักผ่อน	43	95.60	3.79	1.01	มาก
	นอนยกศีรษะสูง 45 องศา	30	66.70	4.17	0.59	มาก
	ลดปริมาณน้ำดื่มในมือถัดไป	24	53.30	2.71	1.00	ปานกลาง
	ไปพบแพทย์ทันที	20	44.40	4.20	0.77	มาก
	ใช้น้ำยา 4.25% dextrose	10	22.20	3.30	0.48	ปานกลาง
	ใช้ออกซิเจนชนิดพกพา	2	4.40	4.50	0.71	มากที่สุด
22. อาเจียน (43 คน)	นั่ง/นอนพักผ่อน	41	95.30	3.78	0.85	มาก
	อดทน รอดูอาการ	28	65.10	3.00	0.90	ปานกลาง
	ดมยาตาม	5	11.60	4.20	0.45	มาก

ตารางที่ 19 (ต่อ)

อาการ	การจัดการอาการ	การเลือกปฏิบัติ		ประสิทธิผล		
		n	%	$\bar{X}$	SD	แปลผล
23. รู้สึกเสียใจ (39 คน)	ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น	33	84.60	3.45	0.87	มาก
	พูดคุยระบายความรู้สึกกับคนใกล้ชิด	31	79.50	3.39	0.84	ปานกลาง
	ร้องไห้	5	12.80	3.80	0.45	มาก
	เขียนไดอารี่	2	5.10	4.00	0.00	มาก
24. ท้องเสีย (39 คน)	อดทนรอดูอาการ	27	69.20	3.11	0.85	ปานกลาง
	ซื้อยามารับประทาน/ทาเอง	22	56.40	3.73	0.63	มาก
25. ปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน (39 คน)	อดทน รอดูอาการ	24	61.50	2.75	0.90	ปานกลาง
26. ซึมเศร้า (34 คน)	ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น	30	88.20	3.50	0.86	มาก
	สร้างกำลังใจให้ตนเอง	27	79.40	3.67	0.96	มาก
	พูดคุยระบายความรู้สึกกับคนใกล้ชิด	25	73.50	3.56	0.82	มาก
	เขียนไดอารี่	3	8.80	4.00	0.00	มาก
	ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	2.90	5.00	-	มากที่สุด
27. ไม่มีสมาธิ (33 คน)	อ่านหนังสือธรรมะ/ทำสมาธิ	23	69.70	3.57	0.79	มาก
	ทำงานอดิเรก	7	21.20	3.43	0.54	ปานกลาง
28. เจ็บแน่นหน้าอก (29 คน)	ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	28	96.60	4.00	0.94	มาก
	ไปพบแพทย์ทันที	11	37.90	4.09	0.83	มาก
29. ขากระตุก (23 คน)	อดทนรอดูอาการ	15	65.20	2.73	0.80	ปานกลาง
30. รู้สึกกระสับกระส่าย (44 คน)	อดทนรอดูอาการ	28	63.60	2.71	0.98	ปานกลาง
31. สนใจกิจกรรมทาง เพศลดลง (32 คน)	อดทนรอดูอาการ	20	62.50	3.00	0.92	ปานกลาง
32. ไม่มีอารมณ์ทางเพศ (31 คน)	อดทนรอดูอาการ	18	58.10	2.94	1.06	ปานกลาง
33. ง่วงนอน ตอนกลางวัน (92 คน)	งีบหลับตอนกลางวัน	88	95.70	4.37	0.51	มาก
34. ระบายน้ำ (66 คน)	จิบน้ำ	47	71.20	4.00	0.21	มาก
	อมน้ำแข็งไว้ในปาก	35	53.00	4.03	0.38	มาก
35. ชา/เหน็บที่มือ (22 คน)	กำแบมือ	21	95.50	3.95	0.22	มาก
36. ท้องอืดท้องเฟ้อ (15 คน)	ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	11	73.30	4.36	0.51	มาก
	รับประทานอาหารที่มีกากใย	6	40.00	4.00	0.00	มาก

จากตารางที่ 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ดังนี้

1. อาการผิวแห้ง พบว่า ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้นเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 86.30 และมีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 3.95$ ,  $SD = 0.58$ )

2. อาการรู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีแรง พบว่า นั่ง/นอนพักผ่อนเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 96.90 ส่วนจิบน้ำหวานเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 4.00$ ,  $SD = 0.00$ )

3. อาการคัน พบว่า หลีกเลียงอาหารหมักดองเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 97.30 ส่วนเกาหรือลูบเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 4.04$ ,  $SD = 0.49$ )

4. อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ พบว่า นั่ง/นอนพักผ่อนเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 96.20 ส่วนขยับตัวเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 3.81$ ,  $SD = 0.54$ )

5. อาการชาวม พบว่า รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 99.00 ส่วนใช้น้ำยา 4.25% dextrose เป็นกลวิธีการจัดการอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 4.42$ ,  $SD = 0.50$ )

6. อาการนอนไม่หลับ พบว่า ดูโทรทัศน์/ฟังเพลงเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 87.90 ส่วนละหมาด/อ่านคัมภีร์เป็นกลวิธีการจัดการอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 4.50$ ,  $SD = 0.71$ )

7. อาการไอ พบว่า จิบน้ำอุ่นเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 16.80 และมีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.13$ ,  $SD = 0.34$ )

8. อาการเวียนศีรษะ พบว่า นั่ง/นอนพักผ่อนเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 97.70 และมีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 3.82$ ,  $SD = 0.86$ ) รวมทั้งซึ้อยามารับประทาน/ทาเองเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 3.82$ ,  $SD = 0.54$ )

9. อาการรู้สึกหงุดหงิด/โมโหง่าย พบว่า ระบายความรู้สึกเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 69.80 ส่วนอยู่เงียบๆ คนเดียวเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 4.22$ ,  $SD = 0.42$ )



10. อาการปากแห้ง พบว่า อุดทนรอดูอาการเป็นกลวิธีจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 59.80 ส่วนทาวาสลิน/ลิปสติกเป็นกลวิธีจัดการอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 4.00$ ,  $SD = 0.00$ )

11. อาการความอยากอาหารลดลง พบว่า รับประทานอาหารที่มีกากใยเป็นกลวิธีจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 83.80 ส่วนเปลี่ยนเมนูอาหารเป็นกลวิธีจัดการอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 4.03$ ,  $SD = 0.39$ )

12. อาการกลัวใจ พบว่า ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้นเป็นกลวิธีจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 82.50 ส่วนเขียนไดอารี่เป็นกลวิธีจัดการอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 4.00$ ,  $SD = 0.00$ )

13. อาการตะคริว พบว่า เขยียด/เกร็ง/กระดกปลายเท้า และนวด/กดบริเวณที่มีอาการเป็นกลวิธีจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 70.50 และ 70.50 ตามลำดับ ส่วนยืดขาเป็นกลวิธีจัดการอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 4.50$ ,  $SD = 0.71$ )

14. อาการคลื่นไส้ พบว่า นั่ง/นอนพักผ่อนเป็นกลวิธีจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 95.90 ส่วนใช้ยาตามแพทย์สั่งเป็นกลวิธีจัดการอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 4.33$ ,  $SD = 1.16$ )

15. อาการท้องผูก พบว่า ใช้ยาตามแพทย์สั่งเป็นกลวิธีจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 94.40 และมีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 4.21$ ,  $SD = 0.84$ )

16. อาการชาหรือเป็นเหน็บที่เท้า พบว่า เขยียด/เกร็ง/กระดกปลายเท้าเป็นกลวิธีจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 63.10 และมีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 4.21$ ,  $SD = 0.84$ ) รวมทั้งแช่เท้ากับน้ำอุ่นและขยับขาหรือเท้าเป็นกลวิธีจัดการอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 4.00$ ,  $SD = 0.00$ ;  $\bar{X} = 4.00$ ,  $SD = -$  ตามลำดับ)

17. อาการรู้สึกวิตกกังวล พบว่า สร้างกำลังใจให้ตนเองเป็นกลวิธีจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 82.30 และมีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 3.84$ ,  $SD = 0.67$ )

18. อาการปวดศีรษะ พบว่า นั่ง/นอนพักผ่อนเป็นกลวิธีจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 93.40 และมีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 3.75$ ,  $SD = 0.91$ )

19. อาการปวดกระดูกหรือข้อ พบว่า ใช้น้ำตามแพทย์สั่งเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 90.00 และมีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 3.96$ ,  $SD = 0.97$ )

20. อาการตื่นกลางดึก พบว่า อดทนรอดูอาการเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 68.50 ส่วนพยายามข่มตาให้นอนหลับเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 4.00$ ,  $SD = 0.00$ )

21. อาการหายใจลำบาก พบว่า นั่ง/นอนพักผ่อนเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 95.60 ส่วนใช้ออกซิเจนชนิดพกพาเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 4.50$ ,  $SD = 0.71$ )

22. อาการอาเจียน พบว่า นั่ง/นอนพักผ่อนเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 95.30 ส่วนดมยาตามเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 4.20$ ,  $SD = 0.45$ )

23. อาการรู้สึกเสียใจ พบว่า ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้นเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 84.60 ส่วนเขียนไดอารี่เป็นกลวิธีการจัดการอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 4.00$ ,  $SD = 0.00$ )

24. อาการท้องเสีย พบว่า อดทนรอดูอาการเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 69.20 ส่วนซื้อยามารับประทาน/ทาเองเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 3.73$ ,  $SD = 0.63$ )

25. อาการปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีการจัดการอาการเพียงวิธีเดียว คือ อดทนรอดูอาการ ร้อยละ 61.50 และมีประสิทธิผลอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.75$ ,  $SD = 0.90$ )

26. อาการซึมเศร้า พบว่า ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้นเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 88.20 ส่วนใช้น้ำตามแพทย์สั่งเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 5.00$ ,  $SD = -$ )

27. อาการไม่มีสมาธิ พบว่า อ่านหนังสือธรรมะ/ทำสมาธิเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 69.70 และมีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 3.57$ ,  $SD = 0.79$ )

28. อาการเจ็บแน่นหน้าอก พบว่า ใช้น้ำตามแพทย์สั่งเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 96.60 ส่วนไปพบแพทย์ทันทีเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 4.09$ ,  $SD = 0.83$ )

29. อาการขากระตุก พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีการจัดการอาการเพียงวิธีเดียว คือ อดทน รอดูอาการ ร้อยละ 65.20 และมีประสิทธิผลอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.73$ ,  $SD = 0.80$ )

30. อาการรู้สึกกระสับกระส่าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีการจัดการอาการเพียงวิธีเดียว คือ อดทนรอดูอาการ ร้อยละ 63.60 และมีประสิทธิผลอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.71$ ,  $SD = 0.98$ )

31. อาการสนใจกิจกรรมทางเพศลดลง พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีการจัดการอาการเพียงวิธีเดียว คือ อดทนรอดูอาการ ร้อยละ 62.50 และมีประสิทธิผลอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.00$ ,  $SD = 0.92$ )

32. อาการไม่มีอารมณ์ทางเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีการจัดการอาการเพียงวิธีเดียว คือ อดทนรอดูอาการ ร้อยละ 58.10 และมีประสิทธิผลอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.94$ ,  $SD = 1.06$ )

33. อาการร่วงนอนตอนกลางวัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีการจัดการอาการเพียงวิธีเดียว คือ จับหลับตอนกลางวัน ร้อยละ 95.70 และมีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.37$ ,  $SD = 0.51$ )

34. อาการกระหายน้ำ พบว่า จิบน้ำเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 71.20 ส่วนอมน้ำแข็งไว้ในปากเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 4.03$ ,  $SD = 0.38$ )

35. อาการชาหรือเป็นเหน็บที่มือ พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีการจัดการอาการเพียงวิธีเดียว คือ กำ/แบมือ ร้อยละ 95.50 และมีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.95$ ,  $SD = 0.22$ )

36. อาการท้องอืดท้องเฟ้อ พบว่า ใช้ยาตามแพทย์สั่งเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 73.30 และมีประสิทธิผลอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก ( $\bar{X} = 4.36$ ,  $SD = 0.51$ )

**ตารางที่ 20** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประสิทธิผลของแหล่งข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเลือกปฏิบัติ

แหล่งข้อมูล	การเลือกปฏิบัติ		ประสิทธิผล		
	n	%	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. สอบถามจากบุคลากรทางการแพทย์	129	72.50	3.80	0.69	มาก
2. สอบถามจากผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องเหมือนกัน	49	27.50	3.00	1.00	ปานกลาง
3. สอบถามจากคนอื่นๆ ที่เคยมีอาการนั้นๆ เช่น ญาติ	42	23.60	3.14	0.98	ปานกลาง
4. ค้นหาวิธีการจัดการอาการจากสื่อต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต	32	18.00	3.22	1.01	ปานกลาง

จากตารางที่ 20 พบว่า แหล่งข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเลือกปฏิบัติมากที่สุด คือ สอบถามจากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 72.50 รองลงมา คือ สอบถามจากผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องเหมือนกัน ร้อยละ 27.50 สอบถามจากคนอื่นๆ ที่เคยมีอาการนั้นๆ เช่น ญาติ ร้อยละ 23.60 และค้นหาวิธีการจัดการอาการจากสื่อต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 18.00 ซึ่งแหล่งข้อมูลที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก คือ สอบถามจากบุคลากรทางการแพทย์ ( $\bar{X} = 3.80$ ,  $SD = 0.69$ ) ส่วนแหล่งข้อมูลที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับปานกลาง คือ ค้นหาวิธีการจัดการอาการจากสื่อต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต สอบถามจากคนอื่นๆ ที่เคยมีอาการนั้นๆ เช่น ญาติ และสอบถามจากผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องเหมือนกัน ( $\bar{X} = 3.22$ ,  $SD = 1.01$ ;  $\bar{X} = 3.14$ ,  $SD = 0.98$ ;  $\bar{X} = 3.00$ ,  $SD = 1.00$  ตามลำดับ)

**ตารางที่ 21** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำแนกตามจำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ (n = 178 คน)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน) (ร้อยละ)		
	เพศชาย (n = 88)	เพศหญิง (n = 90)	รวม (n = 178)
<b>1. กลวิธีการจัดการอาการผิวแห้ง</b>	66 (37.08)	69 (38.76)	135 (75.84)
จำนวน 1 วิธี	33 (18.54)	39 (21.91)	72 (40.45)
จำนวน 2 วิธี	33 (18.54)	30 (16.85)	63 (35.39)
<b>2. กลวิธีการจัดการอาการรู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีแรง</b>	61 (34.27)	66 (37.08)	127 (71.35)
จำนวน 1 วิธี	1 (0.56)	1 (0.56)	2 (1.12)
จำนวน 2 วิธี	4 (2.25)	2 (1.12)	6 (3.37)
จำนวน 3 วิธี	10 (5.62)	13 (7.30)	23 (12.92)
จำนวน 4 วิธี	24 (13.48)	28 (15.73)	52 (29.21)
จำนวน 5 วิธี	15 (8.43)	20 (11.24)	35 (19.66)
จำนวน 6 วิธี	7 (3.93)	1 (0.56)	8 (4.49)
จำนวน 7 วิธี	-	1 (0.56)	1 (0.56)
<b>3. กลวิธีการจัดการอาการคัน</b>	58 (32.58)	55 (30.90)	113 (63.48)
จำนวน 3 วิธี	-	2 (1.12)	2 (1.12)
จำนวน 4 วิธี	-	2 (1.12)	2 (1.12)
จำนวน 5 วิธี	2 (1.12)	2 (1.12)	4 (2.25)
จำนวน 6 วิธี	6 (3.37)	5 (2.81)	11 (6.18)
จำนวน 7 วิธี	20 (11.24)	21 (11.80)	41 (23.03)
จำนวน 8 วิธี	23 (12.92)	9 (5.06)	32 (17.98)
จำนวน 9 วิธี	6 (3.37)	14 (7.87)	20 (11.24)
จำนวน 10 วิธี	1 (0.56)	-	1 (0.56)
<b>4. กลวิธีการจัดการอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ</b>	49 (27.53)	57 (32.02)	106 (59.55)
จำนวน 1 วิธี	1 (0.56)	-	1 (0.56)
จำนวน 2 วิธี	6 (3.37)	-	6 (3.37)
จำนวน 3 วิธี	10 (5.62)	20 (11.24)	30 (16.85)
จำนวน 4 วิธี	20 (11.24)	20 (11.24)	40 (22.47)
จำนวน 5 วิธี	9 (5.06)	13 (7.30)	22 (12.36)
จำนวน 6 วิธี	3 (1.69)	4 (2.25)	7 (3.93)

## ตารางที่ 21 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน) (ร้อยละ)		
	เพศชาย (n = 88)	เพศหญิง (n = 90)	รวม (n = 178)
<b>5. กลวิธีการจัดการอาการชาวม</b>	47 (26.40)	52 (29.22)	99 (55.62)
จำนวน 2 วิธี	-	1 (0.56)	1 (0.56)
จำนวน 4 วิธี	-	1 (0.56)	1 (0.56)
จำนวน 5 วิธี	-	1 (0.56)	1 (0.56)
จำนวน 6 วิธี	6 (3.37)	6 (3.37)	12 (6.74)
จำนวน 7 วิธี	13 (7.30)	14 (7.87)	27 (15.17)
จำนวน 8 วิธี	17 (9.55)	14 (7.87)	31 (17.42)
จำนวน 9 วิธี	11 (6.18)	13 (7.30)	24 (13.48)
จำนวน 10 วิธี	-	2 (1.12)	2 (1.12)
<b>6. กลวิธีการจัดการอาการนอนไม่หลับ</b>	47 (26.40)	52 (29.21)	99 (55.62)
จำนวน 1 วิธี	12 (6.74)	6 (3.37)	18 (10.11)
จำนวน 2 วิธี	14 (7.87)	16 (8.99)	30 (16.85)
จำนวน 3 วิธี	18 (10.11)	27 (15.17)	45 (25.28)
จำนวน 4 วิธี	3 (1.69)	3 (1.69)	6 (3.37)
<b>7. กลวิธีการจัดการอาการไอ</b>	37 (20.79)	54 (30.34)	91 (51.12)
จำนวน 1 วิธี	36 (20.22)	43 (24.16)	79 (44.38)
จำนวน 2 วิธี	1 (0.56)	10 (5.62)	11 (6.18)
จำนวน 3 วิธี	-	1 (0.56)	1 (0.56)
<b>8. กลวิธีการจัดการอาการเวียนศีรษะ</b>	36 (20.23)	51 (28.65)	87 (48.88)
จำนวน 1 วิธี	5 (2.81)	10 (5.62)	15 (8.43)
จำนวน 2 วิธี	20 (11.24)	18 (10.11)	38 (21.35)
จำนวน 3 วิธี	11 (6.18)	19 (10.67)	30 (16.85)
จำนวน 4 วิธี	-	4 (2.25)	4 (2.25)
<b>9. กลวิธีการจัดการอาการรู้สึกหงุดหงิด/ไม่พอใจ</b>	29 (16.29)	45 (25.28)	74 (41.57)
จำนวน 1 วิธี	10 (5.62)	16 (8.99)	26 (14.61)
จำนวน 2 วิธี	19 (10.67)	24 (13.48)	43 (24.16)
จำนวน 3 วิธี	-	5 (2.81)	5 (2.81)

## ตารางที่ 21 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน) (ร้อยละ)		
	เพศชาย (n = 88)	เพศหญิง (n = 90)	รวม (n = 178)
<b>10. กลวิธีการจัดการอาการปากแห้ง</b>	37 (20.79)	37 (20.79)	74 (41.57)
จำนวน 1 วิธี	13 (7.30)	12 (6.74)	25 (14.04)
จำนวน 2 วิธี	20 (11.24)	15 (8.43)	35 (19.66)
จำนวน 3 วิธี	2 (1.12)	7 (3.93)	9 (5.06)
จำนวน 4 วิธี	2 (1.12)	3 (1.69)	5 (2.81)
<b>11. กลวิธีการจัดการอาการความอยากอาหารลดลง</b>	30 (16.85)	49 (27.53)	79 (44.38)
จำนวน 1 วิธี	7 (3.93)	12 (6.74)	19 (10.67)
จำนวน 2 วิธี	18 (10.11)	25 (14.04)	43 (24.16)
จำนวน 3 วิธี	4 (2.25)	10 (5.62)	14 (7.87)
จำนวน 4 วิธี	1 (0.56)	1 (0.56)	2 (1.12)
จำนวน 5 วิธี	-	1 (0.56)	1 (0.56)
<b>12. กลวิธีการจัดการอาการกลุ่มใจ</b>	33 (18.54)	44 (24.72)	77 (43.26)
จำนวน 1 วิธี	2 (1.12)	4 (2.25)	6 (3.37)
จำนวน 2 วิธี	9 (5.06)	5 (2.81)	14 (7.87)
จำนวน 3 วิธี	10 (5.62)	24 (13.48)	34 (19.10)
จำนวน 4 วิธี	8 (4.49)	8 (4.49)	16 (8.99)
จำนวน 5 วิธี	4 (2.25)	3 (1.69)	7 (3.93)
<b>13. กลวิธีการจัดการอาการตะคริว</b>	40 (22.47)	33 (18.54)	73 (41.01)
จำนวน 1 วิธี	10 (5.62)	9 (5.06)	19 (10.67)
จำนวน 2 วิธี	17 (9.55)	14 (7.87)	31 (17.42)
จำนวน 3 วิธี	13 (7.30)	10 (5.62)	23 (12.92)
<b>14. กลวิธีการจัดการอาการคลื่นไส้</b>	30 (16.85)	42 (23.60)	72 (40.45)
จำนวน 1 วิธี	7 (3.93)	10 (5.62)	17 (9.55)
จำนวน 2 วิธี	19 (10.67)	29 (16.29)	48 (26.97)
จำนวน 3 วิธี	4 (2.25)	3 (1.69)	7 (3.93)
<b>15. กลวิธีการจัดการอาการท้องผูก</b>	39 (21.91)	33 (18.54)	72 (40.45)
จำนวน 1 วิธี	7 (3.93)	2 (1.12)	9 (5.06)
จำนวน 2 วิธี	32 (17.98)	31 (17.42)	63 (35.39)

## ตารางที่ 21 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน) (ร้อยละ)		
	เพศชาย (n = 88)	เพศหญิง (n = 90)	รวม (n = 178)
<b>16. กลวิธีการจัดการอาการชาหรือเป็นเหน็บที่เท้า</b>	26 (14.61)	17 (9.55)	43 (24.16)
จำนวน 1 วิธี	22 (12.36)	14 (7.87)	36 (20.22)
จำนวน 2 วิธี	3 (1.69)	3 (1.69)	6 (3.37)
จำนวน 3 วิธี	1 (0.56)	-	1 (0.56)
<b>17. กลวิธีการจัดการอาการรู้สึกวิถกกังวล</b>	31 (17.40)	27 (15.20)	58 (32.60)
จำนวน 1 วิธี	8 (4.50)	7 (3.90)	15 (8.40)
จำนวน 2 วิธี	23 (12.90)	20 (11.20)	43 (24.20)
<b>18. กลวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะ</b>	18 (10.11)	42 (23.60)	60 (33.71)
จำนวน 1 วิธี	7 (3.93)	9 (5.06)	16 (8.99)
จำนวน 2 วิธี	7 (3.93)	22 (12.36)	29 (16.29)
จำนวน 3 วิธี	4 (2.25)	11 (6.18)	15 (8.43)
<b>19. กลวิธีการจัดการอาการปวดกระดูกหรือข้อ</b>	28 (15.73)	26 (14.61)	54 (30.34)
จำนวน 1 วิธี	12 (6.74)	9 (5.06)	21 (11.80)
จำนวน 2 วิธี	16 (8.99)	17 (9.55)	33 (18.54)
<b>20. กลวิธีการจัดการอาการตื่นกลางดึก</b>	23 (12.92)	22 (12.36)	45 (25.28)
จำนวน 1 วิธี	16 (8.99)	16 (8.99)	32 (17.98)
จำนวน 2 วิธี	6 (3.37)	6 (3.37)	12 (6.74)
จำนวน 3 วิธี	1 (0.56)	-	1 (0.56)
<b>21. กลวิธีการจัดการอาการหายใจลำบาก</b>	23 (12.92)	22 (12.36)	45 (25.28)
จำนวน 1 วิธี	6 (3.37)	3 (1.69)	9 (5.06)
จำนวน 2 วิธี	3 (1.69)	4 (2.25)	7 (3.93)
จำนวน 3 วิธี	7 (3.93)	7 (3.93)	14 (7.87)
จำนวน 4 วิธี	6 (3.37)	5 (2.81)	11 (6.18)
จำนวน 5 วิธี	1 (0.56)	2 (1.12)	3 (1.69)
จำนวน 6 วิธี	-	1 (0.56)	1 (0.56)
<b>22. กลวิธีการจัดการอาการอาเจียน</b>	15 (8.43)	27 (15.17)	42 (23.60)
จำนวน 1 วิธี	4 (2.25)	8 (4.49)	12 (6.74)
จำนวน 2 วิธี	11 (6.18)	17 (9.55)	28 (15.73)
จำนวน 3 วิธี	-	2 (1.12)	2 (1.12)



## ตารางที่ 21 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน) (ร้อยละ)		
	เพศชาย (n = 88)	เพศหญิง (n = 90)	รวม (n = 178)
<b>23. กลวิธีการจัดการอาการรู้สึกเสียใจ</b>	16 (8.99)	21 (11.80)	37 (20.79)
จำนวน 1 วิธี	5 (2.81)	4 (2.25)	9 (5.06)
จำนวน 2 วิธี	10 (5.62)	13 (7.30)	23 (12.92)
จำนวน 3 วิธี	-	4 (2.25)	4 (2.25)
จำนวน 4 วิธี	1 (0.56)	-	1 (0.56)
<b>24. กลวิธีการจัดการอาการท้องเสีย</b>	17 (9.60)	18 (10.10)	35 (19.70)
จำนวน 1 วิธี	9 (5.10)	12 (6.70)	21 (11.80)
จำนวน 2 วิธี	8 (4.50)	6 (3.40)	14 (7.90)
<b>25. กลวิธีการจัดการอาการปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน</b>	14 (7.90)	10 (5.60)	24 (13.50)
จำนวน 1 วิธี			
<b>26. กลวิธีการจัดการอาการซึมเศร้า</b>	17 (9.55)	16 (8.99)	33 (18.54)
จำนวน 1 วิธี	2 (1.12)	2 (1.12)	4 (2.25)
จำนวน 2 วิธี	5 (2.81)	3 (1.69)	8 (4.49)
จำนวน 3 วิธี	9 (5.06)	9 (5.06)	18 (10.11)
จำนวน 4 วิธี	1 (0.56)	2 (1.12)	3 (1.69)
<b>27. กลวิธีการจัดการอาการไม่มีสมาธิ</b>	9 (5.06)	17 (9.55)	26 (14.61)
จำนวน 1 วิธี	6 (3.37)	16 (8.99)	22 (12.36)
จำนวน 2 วิธี	3 (1.69)	1 (0.56)	4 (2.25)
<b>28. กลวิธีการจัดการอาการเจ็บแน่นหน้าอก</b>	16 (8.99)	12 (6.74)	28 (15.73)
จำนวน 1 วิธี	10 (5.62)	7 (3.93)	17 (9.55)
จำนวน 2 วิธี	6 (3.37)	5 (2.81)	11 (6.18)
<b>29. กลวิธีการจัดการอาการขากระตุก</b>	9 (5.06)	6 (3.37)	15 (8.43)
จำนวน 1 วิธี			
<b>30. กลวิธีการจัดการอาการง่วงนอนตอนกลางวัน</b>	44 (24.72)	44 (24.72)	88 (49.44)
จำนวน 1 วิธี			
<b>31. กลวิธีการจัดการอาการกระหายน้ำ</b>	28 (15.73)	36 (20.22)	64 (35.96)
จำนวน 1 วิธี	23 (12.92)	23 (12.92)	46 (25.84)
จำนวน 2 วิธี	5 (2.81)	13 (7.30)	18 (10.11)

## ตารางที่ 21 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน) (ร้อยละ)		
	เพศชาย (n = 88)	เพศหญิง (n = 90)	รวม (n = 178)
32. กลวิธีการจัดการอาการชาหรือเป็นเหน็บที่มือ จำนวน 1 วิธี	10 (5.62)	11 (6.18)	21 (11.80)
33. กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดท้องเฟ้อ จำนวน 1 วิธี	5 (2.81)	7 (3.93)	12 (6.74)
จำนวน 2 วิธี	4 (2.25)	3 (1.69)	7 (3.93)
จำนวน 2 วิธี	1 (0.56)	4 (2.25)	5 (2.81)

จากตารางที่ 21 พบว่า จำนวนกลวิธีการจัดการอาการส่วนใหญ่ที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเลือกใช้จัดการกับแต่ละอาการมีดังนี้ ผิวแห้งใช้ 1 วิธี ร้อยละ 40.45 รู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีแรงใช้ 4 วิธี ร้อยละ 29.21 คันใช้ 7 วิธี ร้อยละ 23.03 ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อใช้ 4 วิธี ร้อยละ 22.47 ขาบวมใช้ 8 วิธี ร้อยละ 17.42 นอนไม่หลับใช้ 3 วิธี ร้อยละ 25.28 ไอใช้ 1 วิธี ร้อยละ 44.38 เวียนศีรษะใช้ 2 วิธี ร้อยละ 21.35 รู้สึกหงุดหงิด/โมโหง่ายใช้ 2 วิธี ร้อยละ 24.16 ปากแห้งใช้ 2 วิธี ร้อยละ 19.66 ความอยากอาหารลดลงใช้ 2 วิธี ร้อยละ 24.16 กลุ้มใจใช้ 3 วิธี ร้อยละ 19.10 ตะคริวใช้ 2 วิธี ร้อยละ 17.42 คลื่นไส้ใช้ 2 วิธี ร้อยละ 26.97 ท้องผูกใช้ 2 วิธี ร้อยละ 35.39 ชาหรือเป็นเหน็บที่เท้าใช้ 1 วิธี ร้อยละ 20.22 รู้สึกวิตกกังวลใช้ 2 วิธี ร้อยละ 24.20 ปวดศีรษะใช้ 2 วิธี ร้อยละ 16.29 ปวดกระดูกหรือข้อใช้ 2 วิธี ร้อยละ 18.54 ตื่นกลางดึกใช้ 1 วิธี ร้อยละ 17.98 หายใจลำบากใช้ 3 วิธี ร้อยละ 7.87 อาเจียนใช้ 2 วิธี ร้อยละ 15.73 รู้สึกเสียใจใช้ 2 วิธี ร้อยละ 12.92 ท้องเสียใช้ 1 วิธี ร้อยละ 11.80 ปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืนใช้ 1 วิธี ร้อยละ 13.50 ซึมเศร้าใช้ 3 วิธี ร้อยละ 10.11 ไม่มีสมาธิใช้ 1 วิธี ร้อยละ 12.36 เจ็บแน่นหน้าอกใช้ 1 วิธี ร้อยละ 9.55 ขากระตุกใช้ 1 วิธี ร้อยละ 8.43 ง่วงนอนตอนกลางวันใช้ 1 วิธี ร้อยละ 49.44 กระหายน้ำใช้ 1 วิธี ร้อยละ 25.84 ชาหรือเป็นเหน็บที่มือใช้ 1 วิธี ร้อยละ 11.80 และท้องอืดท้องเฟ้อใช้ 1 วิธี ร้อยละ 3.93

**ตารางที่ 22** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประสิทธิผลของกลวิธีการจัดการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องใช้จัดการอาการร่วมกัน จำแนกตามจำนวนกลวิธีการจัดการอาการ

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
<b>1. กลวิธีการจัดการอาการผิวน้ำแข็ง</b>	135			
จำนวน 1 วิธี ประกอบด้วย	72			
1) ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น	57	3.86	0.74	มาก
2) อดทน รอคูอาการ	15	2.87	1.06	ปานกลาง
จำนวน 2 วิธี ประกอบด้วย				
1) ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้นและอดทน รอคูอาการ	63	3.92	0.39	มาก
<b>2. กลวิธีการจัดการอาการรู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีแรง</b>	127			
จำนวน 2 วิธี ประกอบด้วย	6			
1) นั่ง/นอนพักผ่อน และงีบหลับตอนกลางวัน	1	4.50	-	มากที่สุด
2) งีบหลับตอนกลางวัน และออกกำลังกายเบาๆ	1	4.50	-	มากที่สุด
3) นั่ง/นอนพักผ่อน และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ	1	4.00	-	มาก
4) นั่ง/นอนพักผ่อน และดูโทรทัศน์/ฟังเพลง	3	3.67	0.58	มาก
จำนวน 3 วิธี ประกอบด้วย	23			
1) ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ และออกกำลังกายเบาๆ	1	4.33	-	มาก
2) นั่ง/นอนพักผ่อน งีบหลับตอนกลางวัน และดูโทรทัศน์/ฟังเพลง	3	4.00	0.33	มาก
3) นั่ง/นอนพักผ่อน งีบหลับตอนกลางวัน และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ	7	3.81	0.81	มาก
4) นั่ง/นอนพักผ่อน ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ	10	3.67	0.47	มาก
5) งีบหลับตอนกลางวัน ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง และออกกำลังกายเบาๆ	1	3.33	-	ปานกลาง
6) นั่ง/นอนพักผ่อน ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง และทำงานอดิเรก	1	2.67	-	ปานกลาง
จำนวน 4 วิธี ประกอบด้วย	52			
1) นั่ง/นอนพักผ่อน งีบหลับตอนกลางวัน อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ และออกกำลังกายเบาๆ	1	4.25	-	มาก
2) นั่ง/นอนพักผ่อน งีบหลับตอนกลางวัน จิบน้ำหวาน และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ	2	4.00	0.00	มาก

## ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาหารในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
3) นั่ง/นอนพักผ่อน จีบหลับตอนกลางวัน ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง และทำงานอดิเรก	2	3.88	0.88	มาก
4) นั่ง/นอนพักผ่อน จีบหลับตอนกลางวัน ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ	41	3.79	0.50	มาก
5) นั่ง/นอนพักผ่อน ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ และออกกำลังกายเบาๆ	1	3.50	-	มาก
6) นั่ง/นอนพักผ่อน จีบหลับตอนกลางวัน ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง และออกกำลังกายเบาๆ	3	2.67	0.14	ปานกลาง
7) นั่ง/นอนพักผ่อน ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ และทำงานอดิเรก	2	2.50	0.35	ปานกลาง
จำนวน 5 วิธี ประกอบด้วย		35		
1) นั่ง/นอนพักผ่อน จีบหลับตอนกลางวัน จิบน้ำหวาน ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ	2	4.10	0.14	มาก
2) นั่ง/นอนพักผ่อน จีบหลับตอนกลางวัน ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ และออกกำลังกายเบาๆ	28	3.72	0.60	ปานกลาง
3) นั่ง/นอนพักผ่อน จีบหลับตอนกลางวัน ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ และทำงานอดิเรก	3	3.60	0.87	มาก
4) นั่ง/นอนพักผ่อน จีบหลับตอนกลางวัน ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง ออกกำลังกายเบาๆ และทำงานอดิเรก	2	2.70	0.42	ปานกลาง
จำนวน 6 วิธี ประกอบด้วย				
1) นั่ง/นอนพักผ่อน จีบหลับตอนกลางวัน ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ ออกกำลังกายเบาๆ และทำงานอดิเรก	8	3.31	0.57	ปานกลาง
จำนวน 7 วิธี ประกอบด้วย				
1) นั่ง/นอนพักผ่อน จีบหลับตอนกลางวัน จิบน้ำหวาน ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ ออกกำลังกายเบาๆ และทำงานอดิเรก	1	2.50	-	ปานกลาง
<b>3. กลวิธีการจัดการอาการคัน</b>	113			
จำนวน 3 วิธี		2		
1) ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น เกาหรือลูบ และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	4.67	-	มากที่สุด
2) เกาหรือลูบ ซึ้อยามารับประทานเอง/ทาเอง และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	4.33	-	มาก

## ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาหารในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
จำนวน 4 วิธี	2			
1) หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารโปรตีน และ ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	3.50	-	มาก
2) หลีกเลียงอาหารหมักดอง รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	3.25	-	ปาน กลาง
จำนวน 5 วิธี	4			
1) หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น และเกาหรือลูบ	1	4.60	-	มากที่สุด
2) หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เกาหรือลูบ และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	4.20	-	มาก
3) หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ้อยามารับประทานเอง/ทาเอง และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	2.60	-	ปาน กลาง
4) หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารโปรตีน คุณภาพ และหลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม	1	2.20	-	น้อย
จำนวน 6 วิธี	11			
1) หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	4.50	-	มากที่สุด
2) หลีกเลียงอาหารหมักดอง รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น เกาหรือลูบ และซึ้อยามารับประทานเอง/ทาเอง	1	4.50	-	มากที่สุด
3) หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น เกาหรือลูบ และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	2	4.17	0.24	มาก
4) หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารโปรตีน คุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม และเกาหรือลูบ	2	4.00	0.00	มาก

## ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
5) หลีกเลี้ยงอาหารหมักดอง หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น เกาหรือลูบ และซัอยามารับประทานเอง/ทาเอง	1	4.00	-	มาก
6) หลีกเลี้ยงอาหารหมักดอง หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น เกาหรือลูบ และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	3.83	-	มาก
7) หลีกเลี้ยงอาหารหมักดอง หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารโปรตีน คุณภาพ หลีกเลี้ยงอาหารที่มีรสเค็ม และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	2	3.58	0.12	มาก
8) หลีกเลี้ยงอาหารหมักดอง หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น ซัอยามารับประทานเอง/ทาเอง และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	3.17	-	ปานกลาง
จำนวน 7 วิธี	41			
1) หลีกเลี้ยงอาหารหมักดอง หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลี้ยง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลี้ยง อาหารที่มีรสเค็ม ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น และเกาหรือลูบ	4	4.21	0.34	มาก
2) หลีกเลี้ยงอาหารหมักดอง หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น เกาหรือลูบ ซัอยามารับประทานเอง/ทาเอง และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	3	4.19	0.16	มาก
3) หลีกเลี้ยงอาหารหมักดอง หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารโปรตีน คุณภาพ หลีกเลี้ยงอาหารที่มีรสเค็ม เกาหรือลูบ และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	5	3.71	0.36	มาก
4) หลีกเลี้ยงอาหารหมักดอง หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารโปรตีน คุณภาพ หลีกเลี้ยงอาหารที่มีรสเค็ม ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	24	3.51	0.59	มาก
5) หลีกเลี้ยงอาหารหมักดอง หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารโปรตีน คุณภาพ หลีกเลี้ยงอาหารที่มีรสเค็ม ซัอยามารับประทานเอง/ ทาเอง และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	3	3.48	0.30	ปานกลาง

## ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
6) หลีกเลี้ยงอาหารหมักดอง หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลี้ยงอาหารที่มีรสเค็ม ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น ซึ้อยามารับประทานเอง/ทาเอง และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	3.14	-	ปานกลาง
7) หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลี้ยงอาหารที่มีรสเค็ม ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น ซึ้อยามารับประทานเอง/ทาเอง และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	3.00	-	ปานกลาง
จำนวน 8 วิธี	32			
1) หลีกเลี้ยงอาหารหมักดอง หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารโปรตีน คุณภาพ หลีกเลี้ยงอาหารที่มีรสเค็ม ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น เกาหรือลูบ และซึ้อยามารับประทานเอง/ทาเอง	4	4.16	0.31	มาก
2) หลีกเลี้ยงอาหารหมักดอง หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารโปรตีน คุณภาพ หลีกเลี้ยงอาหารที่มีรสเค็ม ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น เกาหรือลูบ และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	18	3.94	0.27	มาก
3) หลีกเลี้ยงอาหารหมักดอง หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารโปรตีน คุณภาพ หลีกเลี้ยงอาหารที่มีรสเค็ม ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น ซึ้อยามารับประทานเอง/ทาเอง และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	6	3.93	0.32	มาก
4) หลีกเลี้ยงอาหารหมักดอง หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารโปรตีน คุณภาพ หลีกเลี้ยงอาหารที่มีรสเค็ม เกาหรือลูบ ซึ้อยามารับประทานเอง/ทาเอง และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	4	3.91	0.58	มาก
จำนวน 9 วิธี ประกอบด้วย				
1) หลีกเลี้ยงอาหารหมักดอง หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารโปรตีน คุณภาพ หลีกเลี้ยงอาหารที่มีรสเค็ม ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น เกาหรือลูบ ซึ้อยามารับประทานเอง/ทาเอง และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	20	3.98	0.27	มาก

## ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
จำนวน 10 วิธี ประกอบด้วย				
1) หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารโปรตีน คุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น เกาหรือลูบ ซึ้อยามารับประทานเอง/ทาเอง ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และเช็ดแอลกอฮอล์	1	3.50	-	มาก
<b>4. กลวิธีการจัดการอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ</b>	106			
จำนวน 2 วิธี	6			
1) นิ่ง/นอนพักผ่อน และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	4	4.13	0.75	มาก
2) ขยับตัว และอดทนรอดูอาการ	1	4.00	-	มาก
3) ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และอดทนรอดูอาการ	1	2.50	-	ปานกลาง
จำนวน 3 วิธี	30			
1) ใช้ยาตามแพทย์สั่ง นวด/กดบริเวณที่มีอาการ และยกขาสูง 45 องศา	1	4.67	-	มาก
2) นิ่ง/นอนพักผ่อน ขยับตัว และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	4.33	-	มาก
3) นิ่ง/นอนพักผ่อน อดทนรอดูอาการ และยกขาสูง 45 องศา	2	4.17	0.71	มาก
4) นิ่ง/นอนพักผ่อน นวด/กดบริเวณที่มีอาการ และใช้วิธีทางการแพทย์ที่บ้าน	1	4.00	-	มาก
5) นิ่ง/นอนพักผ่อน ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และนวด/กดบริเวณที่มีอาการ	14	3.95	0.54	มาก
6) นิ่ง/นอนพักผ่อน ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และยกขาสูง 45 องศา	4	3.92	0.88	มาก
7) นิ่ง/นอนพักผ่อน ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และอดทนรอดูอาการ	6	3.61	0.44	มาก
8) ใช้ยาตามแพทย์สั่ง นวด/กดบริเวณที่มีอาการ และอดทนรอดูอาการ	1	3.00	-	ปานกลาง
จำนวน 4 วิธี	40			
1) นิ่ง/นอนพักผ่อน ใช้ยาตามแพทย์สั่ง นวด/กดบริเวณที่มีอาการ และใช้วิธีทางการแพทย์ที่บ้าน	2	4.50	0.00	มากที่สุด
2) นิ่ง/นอนพักผ่อน ขยับตัว ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และนวด/กดบริเวณที่มีอาการ	2	4.25	0.00	มาก
3) นิ่ง/นอนพักผ่อน ขยับตัว ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และอดทนรอดูอาการ	1	4.00	-	มาก



## ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
4) นั่ง/นอนพักก่อน ขยับตัว อดทนรอดูอาการ และยกขาสูง 45 องศา	1	4.00	-	มาก
5) นั่ง/นอนพักก่อน ใช้ยาตามแพทย์สั่ง อดทนรอดูอาการ และยกขาสูง 45 องศา	4	3.88	0.32	มาก
6) นั่ง/นอนพักก่อน ใช้ยาตามแพทย์สั่ง นวด/กดบริเวณที่มีอาการ และยกขาสูง 45 องศา	9	3.53	0.65	มาก
7) นั่ง/นอนพักก่อน นวด/กดบริเวณที่มีอาการ อดทนรอดูอาการ และยกขาสูง 45 องศา	2	3.50	1.41	มาก
8) นั่ง/นอนพักก่อน ใช้ยาตามแพทย์สั่ง นวด/กดบริเวณที่มีอาการ และอดทนรอดูอาการ	16	3.25	0.47	ปานกลาง
9) นั่ง/นอนพักก่อน ใช้ยาตามแพทย์สั่ง อดทนรอดูอาการ และใช้วิธีการแพทย์พื้นบ้าน	3	2.83	0.52	ปานกลาง
จำนวน 5 วิธี		22		
1) นั่ง/นอนพักก่อน ขยับตัว ใช้ยาตามแพทย์สั่ง นวด/กดบริเวณที่มีอาการ และยกขาสูง 45 องศา	2	4.10	0.42	มาก
2) นั่ง/นอนพักก่อน ขยับตัว ใช้ยาตามแพทย์สั่ง อดทนรอดูอาการ และยกขาสูง 45 องศา	1	4.00	-	มาก
3) นั่ง/นอนพักก่อน ขยับตัว ใช้ยาตามแพทย์สั่ง นวด/กดบริเวณที่มีอาการ และอดทนรอดูอาการ	4	3.75	0.44	มาก
4) นั่ง/นอนพักก่อน ใช้ยาตามแพทย์สั่ง นวด/กดบริเวณที่มีอาการ อดทนรอดูอาการ และยกขาสูง 45 องศา	11	3.58	0.56	มาก
5) นั่ง/นอนพักก่อน ใช้ยาตามแพทย์สั่ง นวด/กดบริเวณที่มีอาการ อดทนรอดูอาการ และใช้วิธีการแพทย์พื้นบ้าน	3	3.53	0.31	มาก
6) นั่ง/นอนพักก่อน ใช้ยาตามแพทย์สั่ง นวด/กดบริเวณที่มีอาการ ใช้วิธีการแพทย์พื้นบ้าน และยกขาสูง 45 องศา	1	3.40	-	ปานกลาง
จำนวน 6 วิธี		7		
1) นั่ง/นอนพักก่อน ขยับตัว ใช้ยาตามแพทย์สั่ง นวด/กดบริเวณ ที่มีอาการ ใช้วิธีการแพทย์พื้นบ้าน และยกขาสูง 45 องศา	1	4.33	-	มาก
2) นั่ง/นอนพักก่อน ขยับตัว ใช้ยาตามแพทย์สั่ง นวด/กดบริเวณ ที่มีอาการ อดทนรอดูอาการ และยกขาสูง 45 องศา	2	4.00	0.24	มาก

## ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
3) นั่ง/นอนพักก่อน ใช้อาตามแพทย์สั่ง นวด/กดบริเวณที่มีอาการ อดทนรออาการ ใช้วิธีการแพทย์พื้นบ้าน และยกขาสูง 45 องศา	4	3.54	0.85	มาก
<b>5. กลวิธีการจัดการอาการขาบวม</b>	99			
จำนวน 2 วิธี				
1) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม	1	4.50	-	มากที่สุด
จำนวน 5 วิธี	2			
1) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง ยกขาสูง 45 องศา และลดปริมาณน้ำดื่มในมือถัดไป	1	4.60	-	มากที่สุด
2) หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มชา กาแฟ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไปพบแพทย์ทันที และใช้อาตามแพทย์สั่ง	1	2.80	-	ปานกลาง
จำนวน 6 วิธี	12			
1) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มชากาแฟ หลีกเลี่ยง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดปริมาณน้ำดื่มในมือถัดไป และใช้อาตามแพทย์สั่ง	2	4.00	0.00	มาก
2) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มชา กาแฟ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยกขาสูง 45 องศา	1	4.00	-	มาก
3) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง ยกขาสูง 45 องศา ไปพบแพทย์ทันที และใช้อาตามแพทย์สั่ง	1	3.50	-	มาก
4) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มชา กาแฟ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และใช้อาตามแพทย์สั่ง	8	3.42	0.67	มาก
จำนวน 7 วิธี	27			
1) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มชา กาแฟ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้น้ำยา 4.25% dextrose และ ลดปริมาณน้ำดื่มในมือถัดไป	3	4.67	0.46	มากที่สุด

## ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
2) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ ไปพบ แพทย์ทันที ลดปริมาณน้ำดื่มในมือถัดไป และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	4.43	-	มาก
3) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยกขาสูง 45 องศา และลดปริมาณน้ำดื่มในมือถัดไป	3	4.06	0.10	มาก
4) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ ใช้น้ำยา 4.25% dextrose และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	3	3.95	0.46	มาก
5) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยกขาสูง 45 องศา และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	5	3.91	0.16	มาก
6) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไปพบแพทย์ทันที และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	8	3.75	0.37	มาก
7) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ ยกขาสูง 45 องศา ไปพบแพทย์ ทันที ลดปริมาณน้ำดื่มในมือถัดไป และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	3.29	-	มาก
8) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดปริมาณน้ำดื่มในมือถัดไป และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	3	2.76	0.44	ปานกลาง
จำนวน 8 วิธี	31			
1) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟฯ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยกขาสูง 45 องศา ใช้น้ำยา 4.25% dextrose และใช้น้ำยา 2.5% dextrose	1	4.25	-	มาก

## ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
2) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยกขาสูง 45 องศา ลดปริมาณน้ำดื่มในมือถัดไป และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	8	4.14	0.32	มาก
3) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยกขาสูง 45 องศา ใช้น้ำยา 4.25% dextrose และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	2	4.13	0.00	มาก
4) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยกขาสูง 45 องศา ใช้น้ำยา 2.5% dextrose และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	4.13	-	มาก
5) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไปพบแพทย์ทันที ลดปริมาณน้ำดื่มในมือถัดไป และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	9	3.96	0.50	มาก
6) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยกขาสูง 45 องศา ไปพบแพทย์ทันที และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	7	3.80	0.30	มาก
7) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไปพบแพทย์ทันที ใช้น้ำยา 4.25% dextrose และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	3.50	-	มาก
8) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยกขาสูง 45 องศา ไปพบแพทย์ทันที ลดปริมาณน้ำดื่มในมือ ถัดไป และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	3.25	-	ปานกลาง
9) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟ ยกขาสูง 45 องศา ไปพบแพทย์ทันที และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	3.00	-	ปานกลาง

## ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
จำนวน 9 วิธี	24			
1) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยกขาสูง 45 องศาใช้น้ำยา 4.25% dextrose ลดปริมาณน้ำตาลดื่มในมือถัดไป และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	4.11	-	มาก
2) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยกขาสูง 45 องศา ใช้น้ำยา 4.25% dextrose เพิ่มรอบในการล้างไต และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	4.00	-	มาก
3) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไปพบแพทย์ทันที ใช้น้ำยา 4.25% dextrose เพิ่มรอบในการล้างไต และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	4.00	-	มาก
4) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟ หลีกเลียง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไปพบแพทย์ทันที ใช้น้ำยา 4.25% dextrose ลดปริมาณน้ำตาลดื่มในมือถัดไป และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	5	3.96	0.10	มาก
5) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยกขาสูง 45 องศา ใช้น้ำยา 2.5% dextrose ลดปริมาณน้ำตาลดื่มในมือถัดไป และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	3.78	-	มาก
6) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยกขาสูง 45 องศา ไปพบแพทย์ทันที ลดปริมาณน้ำตาลดื่มในมือถัดไป และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	11	3.71	0.57	มาก
7) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยกขาสูง 45 องศา ไปพบแพทย์ ทันที ใช้น้ำยา 4.25% dextrose และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	3	3.67	0.22	มาก

## ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
8) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้น้ำยา 4.25% dextrose เพิ่มรอบในการล้างไต ลดปริมาณน้ำดื่มในมือถัดไป และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	3.67	-	มาก
จำนวน 10 วิธี				
1) รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลียงอาหารหมักดอง หลีกเลียงเครื่องดื่มชา กาแฟ หลีกเลียงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยกขาสูง 45 องศา ไปพบแพทย์ทันที ใช้น้ำยา 4.25% dextrose ลดปริมาณน้ำดื่ม ในมือถัดไป และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	2	4.15	0.70	มาก
<b>6. กลวิธีการจัดการอาการนอนไม่หลับ</b>	99			
จำนวน 2 วิธี				
1) อ่านหนังสือธรรมะ/ทำสมาธิ และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ	2	4.00	0.00	มาก
2) พยายามข่มตาให้นอนหลับ และเล่นโทรศัพท์มือถือ	1	4.00	-	มาก
3) ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ	23	3.59	0.69	มาก
4) ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	3.50	-	มาก
5) ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง และอ่านหนังสือธรรมะ/ทำสมาธิ	3	2.83	0.58	ปาน กลาง
จำนวน 3 วิธี				
1) อ่านหนังสือธรรมะ/ทำสมาธิ พยายามข่มตาให้นอนหลับ และ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ	2	4.00	0.00	มาก
2) อ่านหนังสือธรรมะ/ทำสมาธิ ละหมาด/อ่านคัมภีร์ และ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ	1	4.00	-	มาก
3) ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง อ่านหนังสือธรรมะ/ทำสมาธิ และ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ	32	3.53	0.62	มาก
4) อ่านหนังสือธรรมะ/ทำสมาธิ พยายามข่มตาให้นอนหลับ และ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ	5	3.53	0.38	มาก
5) ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง ละหมาด/อ่านคัมภีร์ และ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ	1	3.33	-	มาก
6) อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ เล่นโทรศัพท์มือถือ และ อ่านหนังสือ	1	3.33	-	ปาน กลาง

## ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
7) ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ	3	3.22	0.77	ปานกลาง
จำนวน 4 วิธี	6			
1) ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง อ่านหนังสือธรรมะ/ทำสมาธิ พยายามข่มตาให้นอนหลับ และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ	3	3.83	0.29	มาก
2) ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง อ่านหนังสือธรรมะ/ทำสมาธิ ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ	3	3.83	0.38	มาก
<b>7. กลวิธีการจัดการอาการไอ</b>	91			
จำนวน 1 วิธี	79			
1) จิบน้ำอุ่น	5	4.40	0.55	มาก
2) จิบน้ำผึ้งผสมมะนาว	1	4.00	-	มาก
3) หลีกเลี้ยงอาหารทอด/มัน	1	4.00	-	มาก
4) ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	72	3.86	0.91	มาก
จำนวน 2 วิธี	11			
1) จิบน้ำผึ้งผสมมะนาว และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	10	4.15	0.34	มาก
2) จิบน้ำอุ่น และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	4.00	-	มาก
จำนวน 3 วิธี				
1) จิบน้ำอุ่น จิบน้ำผึ้งผสมมะนาว และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	4.00	-	มาก
<b>8. กลวิธีการจัดการอาการเวียนศีรษะ</b>	87			
จำนวน 1 วิธี	15			
1) นิ่ง/นอนพักผ่อน	14	3.71	1.07	มาก
2) อดทน รอดูอาการ	1	2.00	-	น้อย
จำนวน 2 วิธี	38			
1) ตมยาตม และนิ่ง/นอนพักผ่อน	5	4.20	0.27	มาก
2) ตมยาตม และซื้อยามารับประทาน/ทาเอง	1	4.00	-	มาก
3) นิ่ง/นอนพักผ่อน และซื้อยามารับประทาน/ทาเอง	13	3.81	0.66	มาก
4) อดทน รอดูอาการ และนิ่ง/นอนพักผ่อน	19	3.00	0.85	มาก
จำนวน 3 วิธี	30			
1) ตมยาตม นิ่ง/นอนพักผ่อน และซื้อยามารับประทาน/ทาเอง	7	4.24	0.25	มาก
2) อดทน รอดูอาการ ตมยาตม และนิ่ง/นอนพักผ่อน	3	3.78	0.19	มาก
3) อดทน รอดูอาการ นิ่ง/นอนพักผ่อน และ ซื้อยามารับประทาน/ทาเอง	20	3.65	0.57	มาก

## ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาหารในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
จำนวน 4 วิธี				
1) อดทน รอดดูอาการ ตมยาตาม นิ่ง/นอนพักผ่อน และ ซั้ยยามารับประทาน/ทาเอง	4	4.19	0.24	มาก
<b>9. กลวิธีการจัดการอาการรู้สึกหงุดหงิด/ไม่พอใจ</b>	74			
จำนวน 1 วิธี	26			
1) อยู่เงียบๆ คนเดียว	7	4.29	0.49	มาก
2) ระบายความรู้สึก	13	3.23	1.09	ปานกลาง
3) ออกกำลังกาย	6	2.83	0.75	ปานกลาง
จำนวน 2 วิธี	43			
1) อยู่เงียบๆ คนเดียว และระบายความรู้สึก	19	4.11	0.27	มาก
2) อยู่เงียบๆ คนเดียว และออกกำลังกาย	1	4.00	-	มาก
3) ระบายความรู้สึก และออกกำลังกาย	23	3.35	0.76	ปานกลาง
จำนวน 3 วิธี				
1) อยู่เงียบๆ คนเดียว ระบายความรู้สึก และออกกำลังกาย	5	3.87	0.30	มาก
<b>10. กลวิธีการจัดการอาการปากแห้ง</b>	74			
จำนวน 1 วิธี	25			
1) อมน้ำแข็งไว้ในปาก	4	4.00	0.00	มาก
2) ทาวาสลีน/ลิปสติก	3	4.00	0.00	มาก
3) จิบน้ำ	1	4.00	-	มาก
4) อดทน รอดดูอาการ	17	2.94	1.03	ปานกลาง
จำนวน 2 วิธี	35			
1) ทาวาสลีน/ลิปสติก และจิบน้ำ	9	4.00	0.00	มาก
2) จิบน้ำ และอมน้ำแข็งไว้ในปาก	5	4.00	0.35	มาก
3) ทาวาสลีน/ลิปสติก และอดทน รอดดูอาการ	6	3.83	0.26	มาก
4) จิบน้ำ และอดทน รอดดูอาการ	5	3.50	0.00	มาก
5) อดทน รอดดูอาการ และอมน้ำแข็งไว้ในปาก	10	2.70	0.95	ปานกลาง
จำนวน 3 วิธี	9			
1) ทาวาสลีน/ลิปสติก จิบน้ำ และอมน้ำแข็งไว้ในปาก	3	4.00	0.00	มาก
2) ทาวาสลีน/ลิปสติก อดทน รอดดูอาการ และอมน้ำแข็งไว้ในปาก	1	4.00	-	มาก
3) จิบน้ำ อดทน รอดดูอาการ และอมน้ำแข็งไว้ในปาก	1	4.00	-	มาก
4) ทาวาสลีน/ลิปสติก จิบน้ำ และอดทน รอดดูอาการ	4	3.92	0.17	มาก



## ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
จำนวน 4 วิธี	5			
1) ทาวาสลีน/ลิปสติก จิบน้ำ อดทน รอคิวอาการ และอมน้ำแข็งไว้ในปาก	5	3.90	0.22	มาก
<b>11. กลวิธีการจัดการอาการความอยากอาหารลดลง</b>	79			
จำนวน 1 วิธี	19			
1) รับประทานอาหารเสริม	3	3.00	0.00	ปานกลาง
2) เปลี่ยนเมนูอาหาร	2	3.00	0.00	ปานกลาง
3) รับประทานอาหารที่มีกากใย	14	2.57	0.85	ปานกลาง
จำนวน 2 วิธี	43			
1) รับประทานอาหารที่มีกากใย และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	3.50	-	มาก
2) รับประทานอาหารที่มีกากใย และเปลี่ยนเมนูอาหาร	14	3.07	0.18	ปานกลาง
3) รับประทานอาหารที่มีกากใย และรับประทานอาหารเสริม	3	2.83	0.29	ปานกลาง
4) เปลี่ยนเมนูอาหาร และรับประทานอาหารเสริม	3	2.83	0.29	ปานกลาง
5) เปลี่ยนเมนูอาหาร และเปลี่ยนบรรยากาศในการรับประทานอาหาร	2	2.75	0.35	ปานกลาง
6) เปลี่ยนเมนูอาหาร และพยายามฝืนรับประทาน	1	2.50	-	ปานกลาง
7) รับประทานอาหารที่มีกากใย และเปลี่ยนบรรยากาศในการรับประทานอาหาร	18	2.19	0.84	น้อย
8) รับประทานอาหารที่มีกากใย และพยายามฝืนรับประทาน	1	2.00	-	น้อย
จำนวน 3 วิธี	14			
1) รับประทานอาหารที่มีกากใย เปลี่ยนเมนูอาหาร และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	3.00	-	ปานกลาง
2) รับประทานอาหารที่มีกากใย เปลี่ยนเมนูอาหาร และรับประทานอาหารเสริม	4	2.92	0.57	ปานกลาง
3) รับประทานอาหารที่มีกากใย เปลี่ยนเมนูอาหาร และเปลี่ยนบรรยากาศในการรับประทานอาหาร	2	2.67	0.00	ปานกลาง
4) รับประทานอาหารที่มีกากใย พยายามฝืนรับประทาน และเปลี่ยนบรรยากาศในการรับประทานอาหาร	1	2.67	-	ปานกลาง
5) เปลี่ยนเมนูอาหาร รับประทานอาหารเสริม และเปลี่ยนบรรยากาศในการรับประทานอาหาร	1	2.67	-	ปานกลาง
6) รับประทานอาหารที่มีกากใย รับประทานอาหารเสริม และเปลี่ยนบรรยากาศในการรับประทานอาหาร	2	2.50	0.24	ปานกลาง

## ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
7) รับประทานอาหารที่มีกากใย ใช้น้ำตามแพทย์สั่ง และเปลี่ยนบรรยากาศในการรับประทานอาหาร	3	2.00	0.33	น้อย
จำนวน 4 วิธี	2			
1) รับประทานอาหารที่มีกากใย เปลี่ยนเมนูอาหาร รับประทานอาหารเสริม และพยายามฝืนรับประทาน	1	3.50	-	มาก
2) รับประทานอาหารที่มีกากใย เปลี่ยนเมนูอาหาร พยายามฝืนรับประทาน และเปลี่ยนบรรยากาศในการรับประทานอาหาร	1	2.75	-	ปานกลาง
จำนวน 5 วิธี				
1) รับประทานอาหารที่มีกากใย เปลี่ยนเมนูอาหาร ใช้น้ำตามแพทย์สั่ง พยายามฝืนรับประทาน และเปลี่ยนบรรยากาศในการรับประทานอาหาร	1	2.60	-	ปานกลาง
<b>12. กลวิธีการจัดการอาการกลุ่มใจ</b>	<b>77</b>			
จำนวน 1 วิธี	6			
1) อ่านหนังสือธรรมะหรือทำสมาธิ	1	3.00	-	ปานกลาง
2) พุดคุยระบายความรู้สึก	5	2.80	0.45	ปานกลาง
จำนวน 2 วิธี	14			
1) ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น และอ่านหนังสือธรรมะ/ทำสมาธิ	1	4.00	-	มาก
2) พุดคุยระบายความรู้สึก และสร้างกำลังใจให้ตนเอง	1	3.00	-	ปานกลาง
3) ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น และพุดคุยระบายความรู้สึก	3	2.50	0.50	ปานกลาง
4) ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น และสร้างกำลังใจให้ตนเอง	7	2.21	1.11	น้อย
5) พุดคุยระบายความรู้สึก และทำงานอดิเรก	1	2.00	-	น้อย
6) สร้างกำลังใจให้ตนเอง และทำงานอดิเรก	1	1.50	-	น้อย
จำนวน 3 วิธี	34			
1) ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น พุดคุยระบายความรู้สึก และสร้างกำลังใจให้ตนเอง	23	2.84	0.50	ปานกลาง
2) ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น พุดคุยระบายความรู้สึก และอ่านหนังสือธรรมะหรือทำสมาธิ	3	2.78	0.38	ปานกลาง
3) ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น สร้างกำลังใจให้ตนเอง และอ่านหนังสือธรรมะหรือทำสมาธิ	4	2.67	0.86	ปานกลาง
4) ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น พุดคุยระบายความรู้สึก และทำงานอดิเรก	1	2.67	-	ปานกลาง

## ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
5) พุดคุ้ยระบายความรู้สึก สร้างกำลังใจให้ตนเอง และ อ่านหนังสือธรรมะหรือทำสมาธิ	2	1.83	0.71	น้อย
6) ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น อ่านหนังสือธรรมะหรือทำสมาธิ และทำงานอดิเรก	1	1.33	-	น้อยที่สุด
จำนวน 4 วิธี	16			
1) ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น พุดคุ้ยระบายความรู้สึก สร้างกำลังใจให้ตนเอง และเขียนไดอารี่	1	3.00	-	ปานกลาง
2) ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น พุดคุ้ยระบายความรู้สึก สร้างกำลังใจให้ตนเอง และอ่านหนังสือธรรมะหรือทำสมาธิ	14	2.80	0.45	ปานกลาง
3) ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น พุดคุ้ยระบายความรู้สึก สร้างกำลังใจให้ตนเอง และทำบุญ/ใส่บาตร	1	2.25	-	น้อย
จำนวน 5 วิธี	7			
1) ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น พุดคุ้ยระบายความรู้สึก สร้างกำลังใจ ให้ตนเอง อ่านหนังสือธรรมะหรือทำสมาธิ และเขียนไดอารี่	1	3.00	-	ปานกลาง
2) ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น พุดคุ้ยระบายความรู้สึก สร้างกำลังใจให้ตนเอง อ่านหนังสือธรรมะหรือทำสมาธิ และ ทำบุญ/ใส่บาตร	1	3.00	-	ปานกลาง
3) ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น พุดคุ้ยระบายความรู้สึก สร้างกำลังใจให้ตนเอง อ่านหนังสือธรรมะหรือทำสมาธิ และ ทำงานอดิเรก	5	2.52	0.46	ปานกลาง
<b>13. กลวิธีการจัดการอาการตะคริว</b>	73			
จำนวน 1 วิธี	19			
1) เหยียด/เกร็ง/กระดกปลายเท้า	7	4.43	0.54	มาก
2) ยกขาสูง 45 องศา	2	4.00	0.00	มาก
3) ลูกเขี่ยขึ้น/เดิน	1	4.00	-	มาก
4) นวด/กดบริเวณที่มีอาการ	9	3.67	0.50	มาก
จำนวน 2 วิธี	31			
1) เหยียด/เกร็ง/กระดกปลายเท้า และยกขาสูง 45 องศา	5	4.10	0.42	มาก
2) เหยียด/เกร็ง/กระดกปลายเท้า และลูกเขี่ยขึ้น/เดิน	1	4.00	-	มาก
3) ยืดขา และนวด/กดบริเวณที่มีอาการ	1	4.00	-	มาก
4) เหยียด/เกร็ง/กระดกปลายเท้า และนวด/กดบริเวณที่มีอาการ	18	3.83	0.89	มาก

## ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
5) นวด/กดบริเวณที่มีอาการ และยกขาสูง 45 องศา	5	3.40	1.02	ปานกลาง
6) ลูกเขี่ย/เขี่ย/เขี่ย และนวด/กดบริเวณที่มีอาการ	1	3.00	-	ปานกลาง
จำนวน 3 วิธี	23			
1) เขี่ย/เขี่ย/เขี่ย/กดปลายเท้า ยืดขา และนวด/กดบริเวณที่มีอาการ	1	4.33	-	มาก
2) ลูกเขี่ย/เขี่ย/เขี่ย นวด/กดบริเวณที่มีอาการ และยกขาสูง 45 องศา	1	4.00	-	มาก
3) เขี่ย/เขี่ย/เขี่ย/กดปลายเท้า ลูกเขี่ย/เขี่ย/เขี่ย และนวด/กด บริเวณที่มีอาการ	2	4.00	0.00	มาก
4) เขี่ย/เขี่ย/เขี่ย/กดปลายเท้า นวด/กดบริเวณที่มีอาการ และ ยกขาสูง 45 องศา	19	3.67	0.74	มาก
<b>14. กลวิธีการจัดการอาการคลืนไส้</b>	72			
จำนวน 1 วิธี	17			
1) นั่ง/นอนพักผ่อน	16	3.87	0.34	มาก
2) อดทนรอดูอาการ	1	2.00	-	น้อย
จำนวน 2 วิธี	48			
1) นั่ง/นอนพักผ่อน และรับประทานอาหารที่มีรสเปรี้ยว	6	4.08	0.20	มาก
2) อดทนรอดูอาการ และนั่ง/นอนพักผ่อน	41	3.30	0.80	ปานกลาง
3) นั่ง/นอนพักผ่อน และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	2.50	-	ปานกลาง
จำนวน 3 วิธี	7			
1) อดทนรอดูอาการ นั่ง/นอนพักผ่อน และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	2	4.17	0.24	มาก
2) อดทนรอดูอาการ นั่ง/นอนพักผ่อน และรับประทานอาหาร ที่มีรสเปรี้ยว	5	4.00	0.24	มาก
<b>15. กลวิธีการจัดการอาการท้องผูก</b>	72			
จำนวน 1 วิธี	9			
1) ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	5	4.40	0.55	มาก
2) รับประทานอาหารที่มีกากใย	4	3.75	0.50	มาก
จำนวน 2 วิธี				
1) รับประทานอาหารที่มีกากใย และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	63	3.94	0.71	มาก
<b>16. กลวิธีการจัดการอาการชาหรือเป็นเหน็บที่เท้า</b>	43			
จำนวน 1 วิธี	36			
1) เขี่ย/เขี่ย/เขี่ย/กดปลายเท้า	34	3.03	0.80	ปานกลาง
2) ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	1	3.00	-	ปานกลาง

ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
3) ขยับขาหรือเท้า	1	3.00	-	ปานกลาง
จำนวน 2 วิธี	6			
1) เขยียด/เกร็ง/กระดกปลายเท้า และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	2	3.00	0.00	ปานกลาง
2) เขยียด/เกร็ง/กระดกปลายเท้า และแช่เท้ากับน้ำอุ่น	2	2.75	0.35	ปานกลาง
3) เขยียด/เกร็ง/กระดกปลายเท้า และประคบร้อนไว้ที่ปลายเท้า	2	2.00	0.71	น้อย
จำนวน 3 วิธี				
1) เขยียด/เกร็ง/กระดกปลายเท้า ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และประคบร้อนไว้ที่ปลายเท้า	1	3.00	-	ปานกลาง
<b>17. กลวิธีการจัดการอาการรู้สึกวิตกกังวล</b>	58			
จำนวน 1 วิธี	15			
1) พูดคุยระบายความรู้สึก	7	3.71	0.76	มาก
2) สร้างกำลังใจให้ตนเอง	8	3.63	1.19	มาก
จำนวน 2 วิธี				
1) สร้างกำลังใจให้ตนเอง และพูดคุยระบายความรู้สึก	43	3.72	0.55	มาก
<b>18. กลวิธีการจัดการอาการปวดศีรษะ</b>	60			
จำนวน 1 วิธี	16			
1) ซึ่ยามารับประทาน/ทาเอง	14	3.50	1.02	มาก
2) อดทน รอดูอาการ	2	3.00	1.41	ปานกลาง
จำนวน 2 วิธี	29			
1) นิ่ง/นอนพักผ่อน และซึ่ยามารับประทาน/ทาเอง	15	3.87	0.52	มาก
2) อดทน รอดูอาการ และซึ่ยามารับประทาน/ทาเอง	1	3.50	-	มาก
3) อดทน รอดูอาการ และนิ่ง/นอนพักผ่อน	13	3.08	0.73	ปานกลาง
จำนวน 3 วิธี				
1) อดทน รอดูอาการ นิ่ง/นอนพักผ่อน และซึ่ยามารับประทาน/ทาเอง	15	3.60	0.61	มาก
<b>19. กลวิธีการจัดการอาการปวดกระดูกหรือข้อ</b>	54			
จำนวน 1 วิธี	21			
1) ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	21	4.10	0.89	มาก
จำนวน 2 วิธี				
1) ไปพบแพทย์ทันที และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	33	3.91	0.70	มาก

ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
<b>20. กลวิธีการจัดการอาการตื่นกลางดึก</b>	45			
จำนวน 1 วิธี	32			
1) อ่านหนังสือธรรมะหรือทำสมาธิ	8	3.88	0.35	มาก
2) อดทน รอดูอาการ	24	2.71	1.00	ปานกลาง
จำนวน 2 วิธี	13			
1) อดทน รอดูอาการ พยายามข่มตาให้นอนหลับ และ อ่านหนังสือธรรมะหรือทำสมาธิ	1	4.00	-	มาก
2) อดทน รอดูอาการ และพยายามข่มตาให้นอนหลับ	1	3.50	-	มาก
3) อดทน รอดูอาการ และอ่านหนังสือธรรมะหรือทำสมาธิ	11	2.82	0.90	ปานกลาง
<b>21. กลวิธีการจัดการอาการหายใจลำบาก</b>	45			
จำนวน 1 วิธี	9			
1) นอนยกศีรษะสูง 45 องศา	2	3.50	0.71	มาก
2) นั่ง/นอนพักผ่อน	7	2.14	0.90	น้อย
จำนวน 2 วิธี	7			
1) สูดหายใจเข้า-ออกลึกๆ และนั่ง/นอนพักผ่อน	1	3.00	-	ปานกลาง
2) นอนยกศีรษะสูง 45 องศา และนั่ง/นอนพักผ่อน	4	2.63	0.75	ปานกลาง
3) ไปพบแพทย์ทันที และนั่ง/นอนพักผ่อน	1	2.50	-	ปานกลาง
4) ลดปริมาณน้ำดื่มในมือถัดไป และนั่ง/นอนพักผ่อน	1	1.00	-	น้อยที่สุด
จำนวน 3 วิธี	14			
1) นอนยกศีรษะสูง 45 องศา ใช้น้ำยา 4.25% dextrose และ นั่ง/นอนพักผ่อน	2	3.33	0.47	ปานกลาง
2) นอนยกศีรษะสูง 45 องศา ไปพบแพทย์ทันที และ นั่ง/นอนพักผ่อน	1	3.33	-	ปานกลาง
3) นอนยกศีรษะสูง 45 องศา ลดปริมาณน้ำดื่มในมือถัดไป และ นั่ง/นอนพักผ่อน	5	3.27	0.28	ปานกลาง
4) ไปพบแพทย์ทันที ลดปริมาณน้ำดื่มในมือถัดไป และ นั่ง/นอนพักผ่อน	3	3.00	1.00	ปานกลาง
5) นอนยกศีรษะสูง 45 องศา สูดหายใจเข้า/ออกลึกๆ และ นั่ง/นอนพักผ่อน	1	3.00	-	ปานกลาง
6) ใช้น้ำยา 4.25% dextrose ลดปริมาณน้ำดื่มในมือถัดไป และนั่ง/นอนพักผ่อน	1	3.00	-	ปานกลาง

## ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
7) ไปพบแพทย์ทันที ใช้น้ำยา 4.25% dextrose และ นั่ง/นอนพักผ่อน	1	2.67	-	ปานกลาง
จำนวน 4 วิธี	11			
1) นอนยกศีรษะสูง 45 องศา ใช้น้ำยา 4.25% dextrose ลดปริมาณน้ำดื่มในมือถัดไป และนั่ง/นอนพักผ่อน	2	3.25	0.00	ปานกลาง
2) นอนยกศีรษะสูง 45 องศา ไปพบแพทย์ทันที ลดปริมาณน้ำดื่ม ในมือถัดไป และนั่ง/นอนพักผ่อน	9	3.00	0.88	ปานกลาง
จำนวน 5 วิธี	3			
1) นอนยกศีรษะสูง 45 องศา ไปพบแพทย์ทันที ใช้น้ำยา 4.25% dextrose ลดปริมาณน้ำดื่มในมือถัดไป และนั่ง/นอนพักผ่อน	2	3.00	0.28	ปานกลาง
2) นอนยกศีรษะสูง 45 องศา ไปพบแพทย์ทันที ใช้ออกซิเจน ชนิดพกพา ใช้น้ำยา 4.25% dextrose และนั่ง/นอนพักผ่อน	1	3.00	-	ปานกลาง
จำนวน 6 วิธี				
1) นอนยกศีรษะสูง 45 องศา ไปพบแพทย์ทันที ใช้ออกซิเจน ชนิดพกพา ใช้น้ำยา 4.25% dextrose ลดปริมาณน้ำดื่มใน มือถัดไป และนั่ง/นอนพักผ่อน	1	3.33	-	ปานกลาง
<b>22. กลวิธีการจัดการอาการอาเจียน</b>	42			
จำนวน 1 วิธี	12			
1) นั่ง/นอนพักผ่อน	11	3.82	0.75	มาก
2) อดทน รอดูอาการ	1	2.00	-	น้อย
จำนวน 2 วิธี	28			
1) นั่ง/นอนพักผ่อน และดมยาตาม	3	4.00	0.00	มาก
2) นั่ง/นอนพักผ่อน และอดทน รอดูอาการ	25	3.32	0.76	ปานกลาง
จำนวน 3 วิธี				
1) นั่ง/นอนพักผ่อน ดมยาตาม และอดทน รอดูอาการ	2	4.33	0.47	มาก
<b>23. กลวิธีการจัดการอาการรู้สึกเสียใจ</b>	37			
จำนวน 1 วิธี	9			
1) ร้องไห้	1	4.00	-	มาก
2) พุดคุยระบายความรู้สึก	3	3.00	1.00	ปานกลาง
3) ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น	5	2.60	1.14	ปานกลาง

## ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
จำนวน 2 วิธี				
1) ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น และพูดคุยระบายความรู้สึก	23	3.43	0.76	มาก
จำนวน 3 วิธี	4			
1) ร้องไห้ ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น และพูดคุยระบายความรู้สึก	3	3.79	0.19	มาก
2) เขียนไดอารี่ ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น และพูดคุยระบายความรู้สึก	1	4.00	-	มาก
จำนวน 4 วิธี				
1) ร้องไห้ เขียนไดอารี่ ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น และพูดคุยระบายความรู้สึก	1	4.00	-	มาก
<b>24. กลวิธีการจัดการอาการท้องเสีย</b>	35			
จำนวน 1 วิธี	21			
1) ซึ้อยามารับประทาน/ทาเอง	8	3.87	0.64	มาก
2) อดทนรอดูอาการ	13	3.15	0.56	ปานกลาง
จำนวน 2 วิธี				
1) อดทนรอดูอาการ และซึ้อยามารับประทาน/ทาเอง	14	3.36	0.79	ปานกลาง
<b>25. กลวิธีการจัดการอาการปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน</b>				
จำนวน 1 วิธี				
1) อดทนรอดูอาการ	24	2.75	0.90	ปานกลาง
<b>26. กลวิธีการจัดการอาการซึมเศร้า</b>	33			
จำนวน 1 วิธี	4			
1) ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น	1	4.00	-	มาก
2) พูดคุยระบายความรู้สึก	2	3.50	0.71	มาก
3) สร้างกำลังใจให้ตนเอง	1	1.00	-	น้อยที่สุด
จำนวน 2 วิธี	8			
1) ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น	1	4.00	-	มาก
2) ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น และพูดคุยระบายความรู้สึก	2	3.75	0.35	มาก
3) สร้างกำลังใจให้ตนเอง และทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น	5	3.50	0.94	มาก
จำนวน 3 วิธี				
1) สร้างกำลังใจให้ตนเอง ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น และพูดคุยระบายความรู้สึก	18	3.56	0.80	มาก



## ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
จำนวน 4 วิธี				
1) สร้างกำลังใจให้ตนเอง ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น พูดคุยระบายความรู้สึก และเขียนไดอารี่	3	4.00	0.00	มาก
<b>27. กลวิธีการจัดการอาการไม่มีสมาธิ</b>	26			
จำนวน 1 วิธี	22			
1) ทำงานอดิเรก	3	3.67	0.58	มาก
2) อ่านหนังสือธรรมะ/ทำสมาธิ	19	3.53	0.84	มาก
จำนวน 2 วิธี				
1) อ่านหนังสือธรรมะ/ทำสมาธิ และทำงานอดิเรก	4	3.50	0.41	มาก
<b>28. กลวิธีการจัดการอาการเจ็บแน่นหน้าอก</b>	28			
จำนวน 1 วิธี				
1) ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	17	3.88	0.99	
จำนวน 2 วิธี				
1) ไปพบแพทย์ทันที และใช้ยาตามแพทย์สั่ง	11	4.14	0.78	มาก
<b>29. กลวิธีการจัดการอาการขากระตุก</b>				
จำนวน 1 วิธี				
1) อดทนรอดูอาการ	15	2.73	0.80	ปานกลาง
<b>30. กลวิธีการจัดการอาการง่วงนอนตอนกลางวัน</b>	88			
จำนวน 1 วิธี				
1) จิบหลับตอนกลางวัน	88	4.37	0.51	มาก
<b>31. กลวิธีการจัดการอาการกระหายน้ำ</b>	64			
จำนวน 1 วิธี	46			
1) จิบน้ำ	29	3.97	0.19	มาก
2) อมน้ำแข็งไว้ในปาก	17	3.88	0.33	มาก
จำนวน 2 วิธี				
1) จิบน้ำ และอมน้ำแข็งไว้ในปาก	18	4.11	0.21	มาก
<b>32. กลวิธีการจัดการอาการชาหรือเป็นเหน็บที่มือ</b>	21			
จำนวน 1 วิธี				
1) กำ/แบมือ	21	3.95	0.22	มาก

## ตารางที่ 22 (ต่อ)

จำนวนกลวิธีการจัดการอาการในแต่ละอาการ	จำนวน (คน)	ประสิทธิผล		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล
<b>33. กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดท้องเฟ้อ</b>	12			
จำนวน 1 วิธี ประกอบด้วย				
1) ใช้น้ำตามแพทย์สั่ง	6	4.17	0.41	มาก
2) รับประทานอาหารที่มีกากใย	1	4.00	-	มาก
จำนวน 2 วิธี ประกอบด้วย				
1) ใช้น้ำตามแพทย์สั่ง และรับประทานอาหารที่มีกากใย	5	4.30	0.27	มาก

จากตารางที่ 22 เมื่อวิเคราะห์ตามจำนวนกลวิธีการจัดการอาการ พบว่า กลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเลือกปฏิบัติเพื่อจัดการในแต่ละอาการเป็นส่วนใหญ่และมีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก มีดังนี้

1. ผิวแห้ง ส่วนใหญ่จัดการด้วย 2 วิธีร่วมกัน คือ ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้นและอดทนรอดดูอาการ มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.92$ ,  $SD = 0.39$ )

2. รู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีแรง ส่วนใหญ่จัดการด้วย 4 วิธีร่วมกัน คือ นั่ง/นอนพักผ่อน รับประทานอาหารกลางวัน ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.79$ ,  $SD = 0.50$ )

3. คั้น ส่วนใหญ่จัดการด้วย 7 วิธีร่วมกัน คือ หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มชา กาแฟ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น และใช้น้ำตามแพทย์สั่ง มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.51$ ,  $SD = 0.59$ )

4. ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ส่วนใหญ่จัดการด้วย 3 วิธีร่วมกัน คือ นั่ง/นอนพักผ่อน ใช้น้ำตามแพทย์สั่ง และนวด/กดบริเวณที่มีอาการ มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.95$ ,  $SD = 0.54$ )

5. ขาบวม ส่วนใหญ่จัดการด้วย 9 วิธีร่วมกัน คือ รับประทานอาหารโปรตีนคุณภาพ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มชา กาแฟ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดปริมาณน้ำดื่มในมือถัดไป ยกขาสูง 45 องศา ไปพบแพทย์ทันที และใช้น้ำตามแพทย์สั่ง มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.71$ ,  $SD = 0.57$ )

6. นอนไม่หลับ ส่วนใหญ่จัดการด้วย 3 วิธีร่วมกัน คือ ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง อ่านหนังสือธรรมะ/ทำสมาธิ และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดๆ มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.53$ ,  $SD = 0.62$ )

7. ไอ ส่วนใหญ่จัดการด้วย 1 วิธี คือ ใช้ยาตามแพทย์สั่ง มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.86, SD = 0.91$ )
8. เวียนศีรษะ ส่วนใหญ่จัดการด้วย 3 วิธีร่วมกัน คือ อดทนรอดูอาการ นั่ง/นอนพักผ่อน และซื้อยามารับประทาน/ทาเอง มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.65, SD = 0.57$ )
9. รู้สึกหงุดหงิด/โมโหง่าย ส่วนใหญ่จัดการด้วย 2 วิธีร่วมกัน คือ อยู่เงียบๆ คนเดียว และพูดคุยระบายความรู้สึก มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.11, SD = 0.27$ )
10. ปากแห้ง ส่วนใหญ่จัดการด้วย 2 วิธีร่วมกัน คือ ทาวาสลีน/ลิปสติก และจิบน้ำ มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.00, SD = 0.00$ )
11. ความอยากอาหารลดลง ส่วนใหญ่จัดการด้วย 2 วิธีร่วมกัน คือ รับประทานอาหารที่มีกากใย และใช้ยาตามแพทย์สั่ง มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.50$ ) และ 4 วิธีร่วมกัน คือ รับประทานอาหารที่มีกากใย เปลี่ยนเมนูอาหาร รับประทานอาหารเสริม และพยายามฝืนรับประทาน มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.50$ )
12. กลุ้มใจ ส่วนใหญ่จัดการด้วย 2 วิธีร่วมกัน คือ ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น และอ่านหนังสือธรรมะหรือทำสมาธิ มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.00$ )
13. ตะคริว ส่วนใหญ่จัดการด้วย 3 วิธีร่วมกัน คือ เขยียด/เกร็ง/กระดกปลายเท้า นวด/กดบริเวณที่มีอาการ และยกขาสูง 45 องศา มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.67, SD = 0.74$ )
14. คลื่นไส้ ส่วนใหญ่จัดการด้วย 1 วิธี คือ นั่ง/นอนพักผ่อน มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.87, SD = 0.34$ )
15. ท้องผูก ส่วนใหญ่จัดการด้วย 2 วิธีร่วมกัน คือ รับประทานอาหารที่มีกากใย และใช้ยาตามแพทย์สั่ง มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.94, SD = 0.71$ )
16. ขาหรือเป็นเหน็บที่เท้า ส่วนใหญ่จัดการด้วย 1 วิธี คือ เขยียด/เกร็ง/กระดกปลายเท้า มีประสิทธิผลอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.03, SD = 0.80$ )
17. รู้สึกวิตกกังวล ส่วนใหญ่จัดการด้วย 2 วิธีร่วมกัน คือ สร้างกำลังใจให้ตนเอง และพูดคุยระบายความรู้สึก มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.72, SD = 0.55$ )
18. ปวดศีรษะ ส่วนใหญ่จัดการด้วย 2 วิธีร่วมกัน คือ นั่ง/นอนพักผ่อน และซื้อยามารับประทาน/ทาเอง มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.87, SD = 0.52$ )
19. ปวดกระดูกหรือข้อ ส่วนใหญ่จัดการด้วย 2 วิธีร่วมกัน คือ ไปพบแพทย์ทันที และใช้ยาตามแพทย์สั่ง มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.91, SD = 0.70$ )
20. ตื่นกลางดึก ส่วนใหญ่จัดการด้วย 2 วิธีร่วมกัน คือ พยายามข่มตาให้นอนหลับ และอ่านหนังสือธรรมะหรือทำสมาธิ มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.00$ )

21. หายใจลำบาก ส่วนใหญ่จัดการด้วย 1 วิธี คือ นอนยกศีรษะสูง 45 องศา มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.50$ ,  $SD = 0.71$ )
22. อาเจียน ส่วนใหญ่จัดการด้วย 1 วิธี คือ นิ่ง/นอนพักผ่อน มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.82$ ,  $SD = 0.75$ )
23. รู้สึกเสียใจ ส่วนใหญ่จัดการด้วย 2 วิธีร่วมกัน คือ ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น และพูดคุยระบายความรู้สึก มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.43$ ,  $SD = 0.76$ )
24. ท้องเสีย ส่วนใหญ่จัดการด้วย 1 วิธี คือ ซึ่ยอมารับประทาน/ทาเอง มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.87$ ,  $SD = 0.64$ )
25. ปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน จัดการอาการเพียง 1 วิธี คือ อดทนรอดูอาการ มีประสิทธิผลอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.75$ ,  $SD = 0.90$ )
26. ซึมเศร้า ส่วนใหญ่จัดการด้วย 3 วิธีร่วมกัน คือ สร้างกำลังใจให้ตนเอง ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น และพูดคุยระบายความรู้สึก มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.56$ ,  $SD = 0.80$ )
27. ไม่มีสมาธิ ส่วนใหญ่จัดการด้วย 1 วิธี คือ อ่านหนังสือธรรมะ/ทำสมาธิ มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.53$ ,  $SD = 0.84$ )
28. เจ็บแน่นหน้าอก ส่วนใหญ่จัดการด้วย 1 วิธี คือ ใช้ยาตามแพทย์สั่ง มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.88$ ,  $SD = 0.99$ )
29. ขากระตุก จัดการอาการเพียง 1 วิธี คือ อดทนรอดูอาการ มีประสิทธิผลอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.73$ ,  $SD = 0.80$ )
30. ง่วงนอนตอนกลางวัน จัดการอาการเพียง 1 วิธี คือ จิบหลักตอนกลางวัน มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.37$ ,  $SD = 0.51$ )
31. ระบายน้ำ ส่วนใหญ่จัดการด้วย 1 วิธี คือ จิบน้ำ มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.97$ ,  $SD = 0.19$ )
32. ขาหรือเป็นเหน็บที่มือ จัดการอาการเพียง 1 วิธี คือ กำ/แบมือ มีประสิทธิผลอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.95$ ,  $SD = 0.22$ )
33. ท้องอืดท้องเฟ้อ ส่วนใหญ่จัดการด้วย 1 วิธี คือ ใช้ยาตามแพทย์สั่ง มีประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.17$ ,  $SD = 0.41$ )



ตารางที่ 23 สรุปการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผู้แต่งปี/โรค	ลักษณะอาการที่ศึกษา		เพศ	อายุ	ระยะเวลาในการล้างไต	โรคร่วม	ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา							
	อาการ	กลุ่มอาการ					Hb	BUN	Cr	Alb	Ca	P	KtV	อื่นๆ
1. รัตมี บันณสิทธิ์ รัตน์ (2552) (CKD)	- วิตกกังวล	-	-	/ (NS)	/ (NS)	- โรคหลอดเลือดหัวใจ ( $\chi^2 = 5.024$ , $p < 0.05$ )	-	-	-	-	-	-	-	- ความบกพร่องทางสัมพันธภาพ ( $\chi^2 = 8.584$ , $p < 0.01$ )
2. ศิริอร สิมธุ์, รสศุคนธ์ วาริตสกุล, และอรวาม ศรียุกต์ศุทษ (2011) (CAPD)	- ซึมเศร้า	-	-	/ ( $\chi^2 = 5.874$ , $p < 0.05$ )	/ ( $\chi^2 = 6.743$ , $p < 0.01$ )	- โรคหลอดเลือดหัวใจ ( $\chi^2 = 7.843$ , $p < 0.01$ )	-	-	-	-	-	-	-	- สถานภาพ ( $\chi^2 = 4.432$ , $p < 0.05$ ) - อหิว ( $\chi^2 = 6.303$ , $p < 0.05$ ) - รายได้ ( $\chi^2 = 6.303$ , $p < 0.05$ )
	- ซึมเศร้า	-	-	/ ( $r = 0.386$ , $p < 0.001$ )	-	/ ( $r = 0.339$ , $p < 0.001$ )	-	-	-	-	-	-	-	- อหิว ( $\chi^2 = 12.011$ , $p = 0.001$ ) - การมีญาติผู้ดูแลในการล้างไต ทางช่องท้อง ( $\chi^2 = 6.840$ , $p = 0.009$ ) - ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ( $r = -0.467$ , $p < 0.001$ )

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/โรค	ลักษณะอาการที่ศึกษา		ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา											
	อาการ	กลุ่มอาการ	เพศ	อายุ	ระยะเวลาในการล้างไต	โรคร่วม	Hb	BUN	Cr	Alb	Ca	P	Kt/V	อื่นๆ
3. กรวรรณ ปานแพ และ คณະ (2011) (HD)	- เบื่ออาหาร	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	- ภาวะการทำหน้าที่ ( $r = -0.23, p = 0.01$ )
4. ดวงรัตน์ มานโรส (2553) (CAPD)	- อ่อนล้า	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	- คุณภาพชีวิต ( $r = -0.46, p < 0.01$ )
5. รักษิตา แพร์ กัทรประสิทธิ์, พรรณวดี พุฒินะ, และ วรณภา ประไพพานิช (2557) (HD)	- นอนไม่หลับ  - ง่วงง่าย ระหว่างวัน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	- สุขอนามัยการนอนหลับ ( $r = -0.29, p < 0.05$ ) - ความเครียด ( $r = 0.46, p < 0.05$ ) - สุขอนามัยการนอนหลับ ( $r = -0.33, p < 0.05$ ) - ความเครียด ( $r = 0.29, p < 0.05$ )

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/โรค	ลักษณะอาการที่ศึกษา		ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา											
	อาการ	กลุ่มอาการ	เพศ	อายุ	ระยะเวลาในการสังเกต	โรคร่วม	Hb	BUN	Cr	Alb	Ca	P	Kt/V	อื่นๆ
6. จันทร์อภา ฉนวนสมสตีตย์, นัยนา พิพัฒนวิภาณีชกา, และ พรชัย จุลเมตต์ (2559) (RRT)	- ท้องผูก	-	/ (NS)	/ (NS)	-	/ (NS)	-	-	-	-	-	-	-	- ถึงกรรมทางกาย ( $\chi^2 = 20.35, p < 0.001$ ) - ภาวะซึมเศร้า ( $\chi^2 = 5.47, p = 0.011$ ) - ประเภทของการบำบัดทดแทนไต (NS) - จำนวนยาก็ใช้ (NS) - การรับประทานอาหารเส้นใยสูง (NS)





ตารางที่ 23 (ต่อ)

ผู้แต่งปี/โรค	ลักษณะอาการที่ศึกษา		ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา											
	อาการ	กลุ่มอาการ	เพศ	อายุ	ระยะเวลาในการศึกษา	โรคร่วม	Hb	BUN	Cr	Alb	Ca	P	Kt/V	อื่นๆ
11. สว่างวรรณ พิทยนฤมาน (2552) (ESRD)	-	38 อาการ - มิตติความถี่ - มิตติความรุนแรง - มิตติความทุกข์ทรมาน	/ (NS)	/ (NS)	-	-	/ (NS)	-	-	/ (p < 0.05)	-	-	-	- ประเภทการรักษา (NS)
	38 อาการ คือ คัดน้ำ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ปากแห้ง บวมบริเวณหน้า/แขน/ขา ผิวแห้ง ขา/เจ็บแปลบแปลบบริเวณมือ/เท้า ตะคริว ปวดแน่นท้อง ท้องผูก เบื่ออาหาร เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หายใจเหนื่อย เพื่อออกน้อยผิดปกติ ปวดหลัง กล้ามเนื้อแขนขาไม่มีแรง คลื่นไส้ วิดกกังวล/ข้อ อาเจียน ซีดลมง่าย ไอ ผื่นม่วง กล้ามเนื้อขา/มือสั่นหรือกระตุก หัวใจเต้นเร็ว/ใจสั่น หลุดพืดไม่เพียงพอ รู้สึกง่วงนอน/เซื่องซึม ร้อนที่เท้า เจ็บแน่นหน้าอก ความต้องการทางเพศลดลง ซึมเศร้า รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ รู้สึกกระวนกระวาย การรับรสอาหารผิดปกติ ท้องเสีย ปวดบริเวณตำแหน่งที่แทงสายเพื่อล้างไต และกลิ่นเสกปาก													
12. วรวิษา ส้ารายเนตร (2553) (HD)	-	/	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	5 กลุ่มอาการ คือ 1. กลุ่มอาการไม่สุขสบาย ประกอบด้วย อาการกระหายน้ำ คัดน้ำ ไม่สุขสบาย ขาแปลบมือแปลบเท้า วิดกกังวล และอ่อนเพลีย 2. กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร ประกอบด้วย อาการปวดท้อง ท้องอืดท้องเฟ้อ หายใจเสกปาก คลื่นไส้/ อาเจียน และปวดตึงกล้ามเนื้อ 3. กลุ่มอาการระบบหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย อาการเจ็บแปลบตามเส้นบริเวณที่ใช้พอกเลือด หัวใจเต้นเร็ว และใจสั่น 4. กลุ่มอาการระบบประสาทเสกกล้ามเนื้อ ประกอบด้วย อาการปวดหลัง ขากระตุก ปวดศีรษะ และตะคริว 5. กลุ่มอาการใช้และทนกว่าสั่น ประกอบด้วย อาการไข้ และหนาวสั่น													

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ผู้แต่งปี/โรค	ลักษณะอาการที่ศึกษา		ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา											
	อาการ	กลุ่มอาการ	เพศ	อายุ	ระยะเวลาในการล้างไต	โรคร่วม	Hb	BUN	Cr	Alb	Ca	P	Kt/V	อื่นๆ
13. ลีริกัจญ์นัทยาทร และคณะ (2015) (Lupus Nephritis)	-	/	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	- ภาวะการทำหน้าที่ (p < 0.05)
14. อนุชา ไทวงษ์ (2559) (CKD stage 3-4)	-	/	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	- คุณภาพชีวิต (r = -0.273, p < 0.05)
	อาการทั้งหมด 28 อาการ จัดเป็นกลุ่มอาการได้ 8 กลุ่ม คือ													
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลุ่มอาการทางจิตใจและอารมณ์ ประกอบด้วย 6 อาการ คือ นอนไม่หลับ วิตกกังวล หายใจลำบาก ไม่มีสมาธิ รู้สึกซึมเศร้า และหงุดหงิดง่าย</li> <li>2. กลุ่มอาการผิดปกติของประสาทส่วนปลาย ประกอบด้วย 3 อาการ คือ แสบร้อนขา/ฝ่าเท้า ชากระตุก และชาปลายมือปลายเท้า</li> <li>3. กลุ่มอาการอ่อนเพลีย ประกอบด้วย 3 อาการ คือ คลื่นไส้ อาเจียน และอ่อนเพลีย</li> <li>4. กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร ประกอบด้วย 4 อาการ คือ มีแผลในช่องปาก เบื่ออาหาร ท้องผูก และท้องเสีย</li> <li>5. กลุ่มอาการปวด ประกอบด้วย 3 อาการ คือ เคลื่อนไหวไม่สะดวก ปวดกระดูกและข้อ และตะคริว</li> <li>6. กลุ่มอาการอาการทางประสาท ประกอบด้วย 2 อาการ คือ ปวดศีรษะ และวิงเวียนศีรษะ</li> <li>7. กลุ่มอาการระบบทางเดินปัสสาวะ ประกอบด้วย 2 อาการ คือ ปัสสาวะบ่อยกลางคืน และความรู้สึกละอายทางเพศเปลี่ยนแปลง</li> <li>8. กลุ่มอาการของเสียคั่ง ประกอบด้วย 5 อาการ คือ รู้สึกบวมตึงที่แขนและขา มีวุ้นเหนียวที่ตา มีกลิ่นเหม็นที่ร่างกาย และบวมที่ใบหน้า</li> </ol>													

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/โรค	ลักษณะอาการที่ศึกษา		ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา											
	อาการ	กลุ่มอาการ	เพศ	อายุ	ระยะเวลาในการล้างไต	โรคร่วม	Hb	BUN	Cr	Alb	Ca	P	Kt/V	อื่นๆ
15. Thong et al. (2009) (RRT)	-	กลุ่มอาการที่ 1 (หายใจเหนื่อย เวียนศีรษะ ความอยากอาหารลดลง รู้สึกเหมือนถูกบีบคั้น และคลื่นไส้)	-	/ (NS)	/ (NS)	PD / (NS)	PD / (NS)	/ (NS)	PD / (NS)	/ (NS)	/ (NS)	/ (NS)	PD / (r = -0.103, p < 0.05)	PD & HD - ภาวะการทำหน้าที่ (r = -0.321, -0.332, p < 0.001 ตามลำดับ)
						HD	HD / (r = -0.126, p < 0.001)		HD / (r = -0.232, p < 0.001)				HD / (NS)	- CRP (NS, r = 0.142, p < 0.001 ตามลำดับ)

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/โรค	ลักษณะอาการที่ศึกษา		ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา											
	อาการ	กลุ่มอาการ	เพศ	อายุ	ระยะเวลาในการล้างไต	โรคร่วม	Hb	BUN	Cr	Alb	Ca	P	Kt/V	อื่นๆ
15. Thong et al. (2009) (RRT) (ต่อ)	-	กลุ่มอาการที่ 2 (ปวดกล้ามเนื้อ เจ็บหน้าอก ตะคริว และขาบลายมือ บลายเท้า)	-	PD / (r = 0.149, p < 0.001)	/ (NS)	PD & HD - โรคหัวใจ และหลอดเลือด (r = -0.217, 0.114, p < 0.001)	PD & HD / (r = -0.089, -0.068, p < 0.05 ตามลำดับ)	/ (NS)	PD / (NS)	/ (NS)	/ (NS)	/ (NS)	PD / (r = -0.125, p < 0.001)	PD & HD - ภาวะการที่หนักที่ (r = -0.130, p < 0.001 ตามลำดับ)

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/โรค	ลักษณะอาการที่ศึกษา		ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา										อื่นๆ	
	อาการ	กลุ่มอาการ	เพศ	อายุ	ระยะเวลาในการล้างไต	โรคร่วม	Hb	BUN	Cr	Alb	Ca	P		Kt/V
15. Thong et al. (2009) (RRT) (ต่อ)	-	กลุ่มอาการที่ 3 (คั้น และผิวแห้ง)	-	/ (NS)	/ (NS)	/ (NS)	PD / (NS)	/ (NS)	PD (NS)	PD & HD / (r = 0.089, 0.074, p < 0.05 ตามลำดับ)	PD / (r = 0.143, p < 0.001)	PD / (r = -0.089, p < 0.05)	PD / (r = 0.05)	PD & HD - ภาวะการทำหน้าที่ (r = -0.220, -0.226, p < 0.001 ตามลำดับ)

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/โรค	ลักษณะอาการที่ศึกษา		ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา											
	อาการ	กลุ่มอาการ	เพศ	อายุ	ระยะเวลา ในภาวะตั้งไข่	โรคร่วม	Hb	BUN	Cr	Alb	Ca	P	Kt/V	อื่นๆ
16. Amro et al. (2014) (RRT)	-	ภาวะยูรีเมีย	/ (NS)	/ (r = 0.148, p < 0.05)	/ (NS)	/ (r = 0.146, p < 0.05)	/ (NS)	/ (NS)	/ (NS)	/	/	-	-	- ภาวะซีด (r = 0.600, 0.371, 0.354, p < 0.001 ตามลำดับ) -CRP (r = 0.165, 0.132, p < 0.05, NS ตามลำดับ)
		ระบบประสาท และกล้ามเนื้อ	/ (NS)	/ (NS)	/ (NS)	/ (r = 0.157, p < 0.001)	/ (NS)	/ (r = 0.136, p < 0.05)	/ (NS)	/	/	-	-	-
		ระบบผิวหนัง	/ (NS)	/ (r = 0.156, p < 0.001)	/ (r = 0.130, p < 0.05)	/ (NS)	/ (NS)	/	/	/	/	-	-	-

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/โรค	ลักษณะอาการที่ศึกษา		ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา											
	อาการ	กลุ่มอาการ	เพศ	อายุ	ระยะเวลาในการล้างไต	โครคร่วม	Hb	BUN	Cr	Alb	Ca	P	Kt/V	อื่นๆ
17. Almutary et al. (2016) (CKD stage 4-5 & RRT)	-	32 อาการ - ภาวะอาการ - มีติกรเกิดอาการ - มีดีความถี่ - มีดีความรุนแรง - มีดีความทุกข์ทรมาน	/	/	-	/	(NS)	-	-	-	-	-	-	- ระดับการศึกษา (NS)

CKD = chronic kidney disease, ESRD = end stage renal disease, RRT = renal replacement therapy, CAPD = continuous ambulatory peritoneal dialysis, PD = peritoneal dialysis, HD = hemodialysis, Hb = hemoglobin, BUN = blood urea nitrogen, Cr = creatinine, Alb = albumin, Ca = calcium, P = phosphate, KtV = adequacy of dialysis, NS = not significant



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายปฏิวัติ คดีโลก เกิดเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2533 จังหวัดลำปาง สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เมื่อปี พ.ศ. 2555 และเริ่มปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2556-2558 ทำงานเป็นพยาบาลวิจัย ณ The HIV Netherlands Australia Thailand Research Collaboration (HIV-NAT) ในขณะนั้นได้รับโอกาสให้เข้าร่วมการประชุม “DAWNING (200304) Investigator Meeting” ระหว่างวันที่ 16-17 กันยายน พ.ศ. 2557 ณ กรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ และการประชุม “17th Bangkok International Symposium on HIV Medicine” ระหว่างวันที่ 14-16 มกราคม พ.ศ. 2558 ณ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย และปี พ.ศ. 2558 ได้ย้ายมาทำงานเป็นอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และได้รับทุนให้ศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ พ.ศ. 2558-2560

ปัจจุบันทำงานเป็นอาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช